

Mise en œuvre de la RGPD à l'ISETA relative aux données de santé

Les données de santé figurant sur le document ci-après sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

A, le

Signature de l'apprenant majeur

NOM Prénom de l'apprenant :

Classe :

FICHE MÉDICALE

Dans votre intérêt, il est important que cette fiche soit parfaitement complétée

Pour information, l'ISETA n'est pas autorisé à vous délivrer un médicament (quel qu'il soit).

• Rencontrez-vous des problèmes particuliers (allergie, régime, hyperactivité,...) ?
 oui non si oui, lequel :

• Etes-vous soumis à une prise de médicaments quotidienne ?
 oui non si oui, lequel :

Si vous avez répondu oui à au moins un des deux questions, mise en place d'un PAI obligatoire (Projet d'Accueil Individualisé)

Merci de prendre RDV avec le responsable de site

• Rencontrez-vous des difficultés liées aux apprentissages (dyslexie, dyscalculie, ...) ?
 oui non si oui, lesquelles :

• Bénéficiez-vous d'un PAP (*plan d'accompagnement personnalisé*) ?
 oui non

• Etes-vous suivi par la MDPH (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*)
 oui non

• Bénéficiez-vous d'un aménagement d'épreuves ?
 oui non

• Souhaitez-vous déposer une demande auprès de la MDPH pour l'aménagement des épreuves d'examens ?
 oui non

• Un/une AVS intervient-elle actuellement auprès de vous ?
 oui non

• Si oui, souhaitez-vous continuer à en bénéficier ?
 oui non

Merci d'annexer les photocopies des pages vaccinations de votre carnet de santé

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné,

M. Mme (nom et prénom) :

apprenant à l'ISETA autorise l'établissement à faire pratiquer tous les soins ou interventions chirurgicales que nécessiterait mon état en cas de maladie ou d'accident.

Fait à le

Signature