

NOM:.....

Prénom:

Classe :

Demi-pensionnaire Interne

DOSSIER SANITAIRE

- Sport
- Aménagement scolaire
- Autorisation de soins
- Régime alimentaire
- Fiche sanitaire

À cocher par la famille	Pièces à joindre au dossier sanitaire dans l'ordre numéroté ci-dessous		Cadre réservé MFR
<input type="checkbox"/>	1	Photocopie de l'attestation des droits (Sécurité Sociale, MSA, CMU ou autre) ou de la carte vitale de l'élève (si plus de 16 ans)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	Photocopie de la carte de mutuelle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	Photocopie du carnet de santé : pages vaccinations (avec nom de l'élève noté sur chaque page)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	Un certificat médical est obligatoire uniquement en cas de dispense de sport	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	Certificat médical en cas de Régime alimentaire particulier	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	Tout autre document que vous jugerez nécessaire de joindre au dossier médical	<input type="checkbox"/>

Jeune :

Nom :
 Prénom :
 N° de sécurité sociale :

Classe :
 Date de naissance :/..../.....



Représentant légal : Père Mère

Nom :
 Adresse :
 CP-Ville :



NUMEROS DE TELEPHONES UTILES



Mère Portable

Père Portable

Travail mère

Travail père

Autre personne :

Nom du médecin traitant :



Mise à jour des vaccinations (obligatoires)

Poliomyélite/diphtérique/tétanique/coqueluche : injection de rappel

le :

BCG : injection de rappel le :

Apte à la pratique de sport

- OUI
 NON partiellement (pour ces 2 cas, fournir un certificat médical)

Votre enfant a-t-il bénéficié l'année dernière d'un aménagement scolaire ?

- OUI NON
 Si OUI, lequel ? PAI PPS PAP

Souhaitez-vous le renouveler cette année : OUI NON

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, traitement en cours, précautions particulières...) :

.....

En cas de traitement spécifique, remettre au secrétariat l'ordonnance et les médicaments du jeune. Toutes modifications importantes concernant l'état de santé d'un enfant durant sa scolarité (maladie grave, handicap, etc) seront signalées à la MFR.

REGIME ALIMENTAIRE

Votre jeune a-t il un régime alimentaire particulier ?	Oui	Non
---	------------	------------

Si oui, lequel : _____

Existe-t il des allergies alimentaires ?	Oui	Non
---	------------	------------

Si oui, la ou lesquelles :

- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

**Merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical.*

Observations utiles que vous jugez bon de porter à notre connaissance : _____

AUTORISATION DE SOINS

Nous vous informons que l'établissement n'est pas habilité à prodiguer des soins, à donner des médicaments, à transporter votre enfant sur un lieu médical. En cas d'urgence, les mesures nécessaires seront prises par nos soins (pompiers, SAMU).

Nous soussignons, Madame, Monsieur :.....

Responsables légaux du jeune :.....

Autorisons la cheffe d'établissement ou autre membre de l'équipe :

- ✓ A prodiguer les soins nécessaires à mon enfant par le médecin disponible le plus proche ou de garde la nuit.
- ✓ A faire hospitaliser notre enfant en cas d'urgence et autorisons l'anesthésiste au cas où il serait victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Antécédents, maladies :

Antécédents opératoires :

Allergies (préciser) :

Contres indications médicales :

Je soussigné.....responsable légal decertifie avoir pris connaissance de la totalité du dossier sanitaire et m'engage à fournir toutes les pièces à joindre notées en 1^{ère} page

Fait à :

Le :

Signature(s) de(s) parent(s)

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :