



CULTIVONS LES RÉUSSITES

Formation Par Alternance GOVEN

L'élève

NOM :

Prénom :

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

N° de sécurité sociale :

Classe :

Demi-pensionnaire Interne

DOSSIER SANITAIRE 2022-2023

À cocher par la famille	Photocopies à joindre dans ce 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"/>
<input type="checkbox"/>	7	Pour les élèves à besoins particuliers : faire une demande de dossier au secrétariat (PAP PAI PPS PPRE)	<input type="checkbox"/>

FICHE SANITAIRE

Représentant légal : Père Mère

Nom :Prénom :

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/diptérique/tétanique/coqueluche : injection de rappel

le :

BCG : injection de rappel le :(fournir photocopie carnet de santé)

Apte à la pratique de sport

Le jeune a -t-il une dispense de sport ?	OUI	NON
-------------------------------------------------	-----	-----

Si oui fournir un certificat médical

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

.....
.....
.....

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 : _____

Délivrance de médicaments

En cas de traitement spécifique, remettre au secrétariat l'ordonnance et les médicaments du jeune **dans un pilulier semainier préparé à l'avance.**

Je soussigné(e) _____ Père/ Mère/Tuteur

de l'élève _____

Autorise les encadrants de la MFR à remettre à mon enfant les médicaments prescrits sur l'ordonnance jointe. J'ai bien noté que je préparerai chaque semaine le pilulier journalier.

Je dégage l'Établissement de toute responsabilité quelle qu'elle soit.

Fait à : Le :

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

AUTORISATION DE SOINS

Nous vous informons que l'établissement n'est pas habilité à prodiguer des soins, 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 tout autre membre de l'équipe :

- ✓ A faire 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 aiguë à évolution rapide, et qu'il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Antécédents, maladies :

Antécédents opératoires :

Allergies (préciser) :

Contres indications médicales :

Je certifie 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 ») :