

FICHE SANITAIRE

Représentant légal : Père Mère

Nom :Prénom :

Adresse :

CP-Ville :



NUMEROS DE TELEPHONES DES PERSONNES A CONTACTER



Mère Portable
Mère Travail

Père Portable
Père Travail

Autre personne : nom..... tél.....

Nom du médecin traitant :



--

Mise à jour des vaccinations (obligatoires)

Poliomyélite/diphtérique/tétanique/coqueluche : OUI NON

Injection de rappel à jour :OUI NON

(Fournir photocopie carnet de santé)

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.

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 pour chaque semaine.**

Je soussigné(e) _____ Père/ Mère/Tuteur

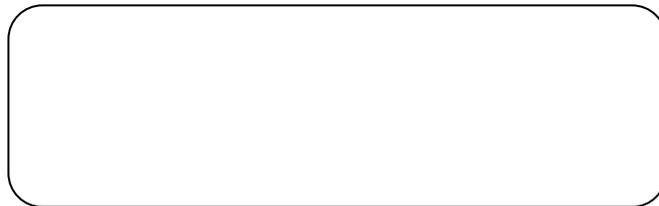
de l'élève _____

Autorise les encadrants de la MFR à remettre à mon enfant les médicaments prescrits sur l'ordonnance jointe avec le pilulier chaque semaine.

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

Fait à : Le :

Signature(s) de(s) parent(s) ou du responsable légal
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 :

- ✓ À faire prodiguer les soins nécessaires à mon enfant par le médecin disponible le plus proche ou de garde la nuit.
- ✓ À 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) ou du responsable légal
Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »