

**L'élève**

NOM : .....

Prénom : .....

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

Classe :

- 4<sup>ème</sup>                                       3<sup>ème</sup>  
 CAPa 1 SAPVER                       CAPa2 SAPVER  
 Seconde Bac Pro                       1<sup>ère</sup> Bac Pro SAPAT  
 Demi-pensionnaire                       Interne

NOM PRENOM : .....

**DOSSIER 2                                      FICHE SANITAIRE 2024 2025**

À cocher par la famille	<b>Vous devez réaliser les photocopies avant de rendre le dossier et les mettre dans l'ordre ci-dessous</b>		Cadre réservé MFR
<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	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"/>	<b>2</b>	Photocopie de la carte de mutuelle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>3</b>	Photocopie du carnet de santé : pages vaccinations (avec nom de l'élève noté sur chaque page)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>4</b>	Un certificat médical est obligatoire uniquement en cas de dispense de sport	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>5</b>	Ordonnance obligatoire en cas de traitement médical	<input type="checkbox"/>

## FICHE SANITAIRE

Représentant légal :  Père  Mère

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal ..... VILLE.....



### NUMEROS DE TELEPHONES DES PERSONNES A CONTACTER



Mère Portable

  

Père Portable

  

Mère Travail

Père Travail

Autre personne : nom prénom.....

Téléphone.....

Nom du médecin traitant : .....



### Mise à jour des vaccinations (Fournir photocopie carnet de santé)

Poliomyélite/diphtérique/tétanique/coqueluche : OUI NON

Injection de rappel à jour : ..... OUI NON

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les élèves qui vont réaliser des stages dans certaines professions de santé soit en milieu hospitalier, EHPAD, crèche...

### Pratique de sport

Le jeune a-t-il une <b>dispense de sport</b> ?	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

**Cette feuille est à compléter uniquement si le jeune a un traitement médical**

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 à la MFR.**

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 »



**Cette feuille est à signer uniquement si le jeune a un traitement médical**

## **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 aigüe 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<sup>ère</sup> page

Fait à : ..... Le : .....

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

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »