

L'apprenti(e)

NOM :

Prénom :

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

Classe :

CAPa 1 SAPVER CAPa2 SAPVER

1ère Bac Pro SAPAT

1ère Bac Métiers de l'accueil

Demi-pensionnaire Interne

DOSSIER 2 : FICHE SANITAIRE DE L'APPRENTI(E) 2024 2025

NOM PRENOM :

À cocher par la famille	Vous devez réaliser les photocopies avant de rendre le dossier et les mettre dans l'ordre 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	Ordonnance en cas de traitement médical	<input type="checkbox"/>

REPRESENTANT LEGAL

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 prénom
tél.....

Nom du médecin traitant :



Régime social de l'apprenti(e) : MSA ou URSSAF

NIR (Numéro d'inscription au Répertoire)

de l'apprenti(e) (Numéro de Sécurité Sociale) :

Mise à jour des vaccinations (obligatoires)

Poliomyélite/diptérique/tétanique/coqueluche : OUI NON
Injection de rappel à jour :OUI NON

(Fournir photocopie carnet de santé)

Pratique de sport

L'apprenti(e) a-t-il (elle) une dispense de sport ?	OUI	NON
Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau	OUI	NON

Si oui fournir un certificat médical

L'apprenti(e) déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé <i>RQTH</i>	OUI	NON
-----------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----

Si oui fournir la notification MDPH

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'apprenti(e) _____

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 de l'apprenti(e) :

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

- ✓ À faire prodiguer les soins nécessaires à mon fils fille par le médecin disponible le plus proche ou de garde la nuit.
- ✓ À faire hospitaliser notre fils fille 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^{ère} page

Fait à : Le :

Signature(s) de(s) parent(s) ou du responsable légal
Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »