



**FICHE SANITAIRE**

Représentant légal :  Père  Mère

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal ..... Ville : .....

 **NUMEROS DE TELEPHONES DES PERSONNES A CONTACTER** 

Mère Portable  
Mère Travail


Père Portable  
Père Travail


Autre personne : nom prénom.....

Téléphone.....

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

Poliomyélite/diptérique/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 :

<b>Antécédents, maladies :</b>
<b>Antécédents opératoires :</b>
<b>Allergies (préciser) :</b>
<b>Contres indications médicales :</b>

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 à l'internat**

Cette partie est à compléter uniquement si le jeune a un traitement médical. En cas de traitement spécifique, remettre au secrétariat :

- L'ordonnance
- 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 »

## **AUTORISATION DE SOINS ET DE TRANSPORT**

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).

Je soussigné, ..... responsable légal du jeune :  
..... autorise le chef d'établissement ou tout autre membre de l'équipe :

✓ À transporter ou faire transporter mon enfant pour faire prodiguer les soins nécessaires à mon enfant par le médecin disponible le plus proche

✓ 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.

Fait à : ..... Le : .....

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