



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 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 :

Antécédents, maladies :
Antécédents opératoires :
Allergies (préciser) :
Contres indications médicales :

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 »