

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ELEVE :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Sexe : Garçon Fille

RESPONSABLE LEGAL DE L'ELEVE : Père Mère Autre :

NOM : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
 Domicile :  Portable :
Profession :  Travail :
Médecin traitant: 

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq					

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, il est impératif de joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

TRAITEMENT MEDICAL : Oui Non

Si oui, lequel ? :

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne sera donné à l'élève sans ordonnance au sein de l'établissement.

ALLERGIES

Allergies alimentaires : Oui Non

Allergies médicamenteuses : Oui Non

Autres (pollen, plantes, animaux ...) : Oui Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

PROBLEME DE SANTE

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

.....

.....

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ... ? Oui Non

Si oui, précisez.

.....

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : Oui Non

Otite : Oui Non

Varicelle : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Angine : Oui Non

Oreillons : Oui Non

Scarlatine : Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Je soussigné(e)....., responsable légal(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise la MFR à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'élève (hospitalisation, intervention chirurgicale.).

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal

Avec l'alternance,
mon avenir prend du sens.



À FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

1. Certificat médical attestant :

- la possibilité de vie en collectivité ;
- l'état de non contagion précisant les contre-indications médicales.

.....

.....

.....

.....

2. Certificat médical d'aptitude pour les activités physiques et sportives

.....

.....

.....

.....

3. Certificat médical d'aptitude pour les activités physiques et sportives à risque (baignade, plongée, escalade, canyoning, ski ...)

.....

.....

.....

.....

En cas de dispense de sport, le certificat médical doit obligatoirement préciser :

- si dispense totale ou partielle (précisez les activités sportives déconseillées),
- la durée de la dispense.

CACHET DU MEDECIN et Signature

.....