

DOCUMENT 2 – FICHE SANTE

NOM DE L'APPRENTI(E).....

FORMATION: CAPa MA BPA BPREA BAC PRO CGEA CS
 BTSA ACSE CAPa SAPVER BAC PRO SAPAT BTSA GEMEAU (1)

Ce document confidentiel, à remplir dans l'intérêt de l'apprenti(e), est à joindre au dossier sous pli cacheté à l'intention de l'infirmière de l'établissement.

Si vous souhaitez aborder un point particulier concernant la santé de votre enfant, vous pouvez prendre rendez-vous avec le Directeur du CFA et l'infirmière de l'établissement.

1. Maladies de l'enfance (dates) :

Coqueluche : Rubéole :
Oreillons : Scarlatine :
Rougeole : Varicelle :

2. Autres maladies (dates) :

.....
.....

Accidents :

3. L'apprenti(e) a-t-il (elle) subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Lesquelles ? (Dates) :

.....
.....

4. L'apprenti(e) est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? Indiquer les traitements déjà effectués et le traitement suivi :

Albuminurie :
Diabète :
Asthme :
Eczéma :
Pertes de connaissance :
Epilepsie :
Cardiopathie :
Rhumatisme articulaire aigu :
Hépatite virale :

5. Autres traitements en cours :

.....

6. Réactions allergiques médicalement ou alimentaires (donner des renseignements précis) :

.....

7. La pratique de certains sports est-elle interdite au candidat ? Lesquels ?

.....

8. Observations particulières :

A....., le.....

Signature du responsable légal ou de l'apprenti(e) majeur(e)

Remplir le Verso

Rappels importants

- En cas de traitement médical à suivre dans l'établissement, les médicaments seront remis à l'infirmière avec un duplicata l'ordonnance
- Nous ne sommes pas habilités à transporter ou récupérer les apprenti(e) s hospitalisé(e) s

Je soussigné.....père, mère, tuteur légal, apprenti(e) majeur(e) (1)

Adresse complète :.....

Code Postal : Commune :.....

Téléphone :.....

Nom, prénom de l'apprenti(e) :.....Né(e) le :.....

Groupe sanguin :.....

Nom du médecin de famille :.....Téléphone :.....

Autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin d'internat ou son remplaçant et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence (y compris l'anesthésie) ou pour une hospitalisation (2).

Je souhaite, toutefois, dans la mesure du possible :

- A -** 1° Que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique (3).....
Adresse :.....Téléphone :.....
2° Que l'on fasse appel au chirurgien (4) M.....
Adresse :.....Téléphone :.....

B Je laisse l'administration de l'établissement libre de choisir le chirurgien et l'hôpital (2)

Je m'engage à régler moi-même les honoraires et frais engagés

Eventuellement, en cas de nécessité extrême (accident très grave ou autre), souhaitez-vous que l'on fasse intervenir un ministre de culte ? Lequel ?.....

A.....le.....
Signature du responsable légal ou de l'apprenti(e) majeur(e)

IMPORTANT



A. Si nous n'avez pas personnellement le téléphone, à quels numéros de téléphone peut-on vous joindre ?

Nom de la personne (voisin...) :..... Téléphone :.....

Nom de la personne (lieu de travail) :..... Téléphone :.....

B. En cas de besoin, correspondant à prévenir :

Nom :..... Téléphone :.....

Adresse :.....

C. Numéro d'immatriculation du responsable légal ou de l'apprenti(e) (1) :

- A la Sécurité Sociale
- A la Mutualité Sociale Agricole

- Autres, à préciser :.....

Assurance complémentaire chirurgicale :.....

Nom de la caisse ou de la mutuelle :.....

N° d'immatriculation :.....

(1) Mentionnez votre situation

(2) L'hospitalisation se fera dans l'hôpital auquel l'établissement est rattaché (GUERET)

(3) L'hôpital ou la clinique doivent être situés dans la commune où se trouve l'établissement scolaire ou dans une commune proche

(4) Dans la mesure où l'établissement de soins peut faire appel à ce praticien et à condition que la spécialité de celui-ci réponde à la nature de l'intervention chirurgicale.