# DOSSIER MEDICAL

# Fiche d’urgence

**NOM** :………………………………………………….………..**Prénom** : …………………………. **Classe** (niveau et filière): …………………………………….. **Régime** : INT  DP EXT 

**Date de naissance** : ……………………………………….….**Lieu de naissance** : ……………………………. **Sexe** : M  F  **N° portable** : ……………………………………..

**Personnes à prévenir** (cocher le responsable légal) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mère**  | **Père**  | **Autre** (préciser) |
| NOM : …………………………… | NOM : …………………………… | NOM : …………………………… |
| Prénom : ………………………… | Prénom : ………………………… | Prénom : ………………………… |
| Adresse :………………………… | Adresse :………………………… | Adresse :………………………… |
| ….………………………………… Tél domicile : …………………… Tél. travail : ……………………… Portable : ……………………….. | ….………………………………… Tél domicile : …………………… Tél. travail : ……………………… Portable : ……………………….. | ….………………………………… Tél domicile : …………………… Tél. travail : ……………………… Portable : ……………………….. |

**Adresse du Jeune** (si différente) : ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….......

**Nom, adresse et téléphone du médecin traitant** : ………………………………………………………………..….

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Observations ou consignes particulières** que vous jugerez utiles de signaler

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Groupe sanguin** : ………………………………………………………………………………………………………….

**Vaccination antitétanique, date du dernier rappel** : ………………………………………………………………..

Joindre une copie du carnet de vaccinations

**Dispense EPS** : Joindre impérativement un certificat médical

**N° et nom de l’assurance maladie** ……………………………………………………………………….……………

**N° et nom de l’assurance complémentaire** . ………………………………………………….……………………..

# Fiche de sante

**ATTENTION CE DOCUMENT EST NON CONFIDENTIEL**

*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles à l’infirmière, merci de les rédiger sur*

*un document à part, et de les joindre au dossier médical, sous pli cacheté non agrafé, avec la mention « à l’intention de l’infirmière » (préciser les nom, prénom et classe de l’apprenti sur l’enveloppe).*

**Antécédents médicaux et chirurgicaux** : …………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….……….

**Allergie(s)** : …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Handicap ou maladie** : si votre fils ou fille présente une déficience (auditive, visuelle…) une difficulté d’apprentissage (dyslexie…) ou un problème de santé particulier, veuillez le préciser ainsi que le(s) **traitement(s) suivi (s)** et / ou les **aménagements sollicités** joindre un certificat médical

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Traitement(s)** : ………………………………………………………………………………………….………………….

**Les traitements doivent être impérativement remis à l’infirmière ou à la vie scolaire du CFA avec une copie de la prescription médicale.**

# Autorisation de traitement medical

Je soussigné (e) responsable légal, élève majeur *(1)*

De (nom et prénom de l’élève),

AUTORISE N’AUTORISE PAS *(1)*

* L’administration du CFA à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin et à prendre le cas échéant, toutes mesures utiles pour une hospitalisation.
* Le transport du CFA (ou autre lieu dans le cadre d’une activité hors établissement) vers un Centre hospitalier avec un véhicule sanitaire sous la responsabilité du chauffeur ou de l’accompagnant (pompiers, SAMU, ambulance ou VSL pouvant être à la charge des familles).

En cas d’urgence, le médecin régulateur des services secours (SAMU) oriente l’élève accidenté ou malade vers le Centre Hospitalier le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d’urgence.

**En aucun cas, le CFA n’est autorisé à transporter un blessé ou un malade** (art. 6312 – 1 et 2 du code de la santé publique). Dans tous les cas, l’élève mineur ne peut quitter le Centre Hospitalier qu’accompagné d’un responsable légal.

Je m’engage à rembourser les honoraires et les frais engagés.

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

Signature du responsable légal ou de l’élève majeur :

*(1) rayer les mentions inutiles*