



12, rue St-Laurent
41800 Montoire/Loir
☎ 02 54 85 01 83

FICHE DE SANTE 2022-2023

(Antécédents de l'apprenant)

IDENTIFICATION DE L'APPRENANT

Nom : Prénom :
Classe : Né(e) le ... / ... /

Ce document confidentiel, à remplir dans l'intérêt de l'apprenant, est à joindre au dossier scolaire.

ETAT DES VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'apprenant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES des DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'apprenant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'APPRENANT

NOM du MEDECIN DE FAMILLE : ☎ :

L'apprenant suit-il un traitement médical actuellement ? Oui Non

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.

NOUS VOUS RAPPELONS QU'AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE A L'APPRENANT SANS ORDONNANCE.

L'apprenant a-t-il des allergies ?

Asthme : Oui Non Alimentaires : Oui Non Médicamenteuses Oui Non

Autres :

Si Oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

.....

AUTRES INFORMATIONS et RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

L'apprenant est-il atteint d'une maladie ou d'une dyspraxie nécessitant un traitement spécial ?

Indiquer les traitements déjà effectués et le traitement suivi :

- Albuminurie Diabète Asthme Perte de connaissance Rhumatisme articulaire aigu
 Cardiopathie Epilepsie Eczéma Hépatite virale Dyslexie, Dysgraphie, Dyscalculie
 Autres (à préciser) :

La pratique de certains sports lui est-elle interdite? Lesquels ? (certificats médicaux le justifiant)

.....

Suivi particulier : P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non P.P.S (Projet Personnalisé de Scolarité) : Oui Non

Suivi social : Educateur Famille d'accueil Assistante sociale DPASS Médecin scolaire Psychologue

M/Mme..... ☎ :

Adresse..... CP..... Ville.....

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à Le ___ / ___ / _____ **Signature du responsable légal**

ATTENTION : évitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du voyage des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.



12, rue St-Laurent
41800 Montoire/Loir
☎ 02 54 85 01 83

AUTORISATION MEDICALE ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE

A REMPLIR AVEC ATTENTION – CE DOCUMENT EST REMIS AU SERVICE
HOSPITALIER EN CAS D'HOSPITALISATION DE VOTRE APPRENANT

Je soussigné, (*Nom – Prénom*), père - mère - tuteur légal⁽¹⁾,

Adresse complète :

☎ Domicile : ☎ portable :

☎ Travail :

NOM – PRENOM de l'APPRENANT :

Né(e) le : ... / ... / Interne DP Externe

Scolarisé(e) au **LEAP STE-CECILE - 12, rue St-Laurent - 41800 MONTOIRE-SUR-LE-LOIR** ☎02.54.85.01.83

En classe de 4^{ème} de l'EA 3^{ème} de l'EA CAPa 1 CAPa 2 2^{de} SAPAT 1^{ère} Bac Pro Term Bac Pro

NOM du MEDECIN DE FAMILLE : ☎ :

Autorise l'administration du **L.E.A.P STE-CECILE**, à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin 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 souhaiterais, toutefois, dans la mesure du possible que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la Clinique :

Adresse : ☎ :

IMPORTANT :

📞 En cas de besoin, correspondants à prévenir : (*merci d'écrire lisiblement*)

Nom – prénom : ☎ :

Nom – prénom : ☎ :

Nom – prénom : ☎ :

👉 **ASSURANCE MALADIE REGIME GENERAL :**

N° d'immatriculation Sécurité Sociale du responsable légal :

CPAM (Sécurité Sociale)

Mutualité Sociale Agricole

C.M.U (Couverture Maladie Universelle) autres à préciser :

👉 **ASSURANCE COMPLEMENTAIRE CHIRURGICALE :**

Nom de la caisse ou de la Mutuelle :

RAPPEL, photocopies obligatoires en cours de validité à la rentrée

- de l'attestation d'assuré social

- de la carte vitale

- de l'attestation de la mutuelle complémentaire

(1) Rayer la ou les mentions inutiles

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