

12, rue Saint-Laurent 41800 MONTOIRE-sur-le-LOIR

## Ir-le-LOIR FICHE DE SANTE

2023-2024



02.54.85.01.83

(Antécédents de l'apprenant)

IDENTIFICATION DE L'APPRENANT											
NOM: Prénom:											
Classe : Né(e) le :/											
ÉTAT DES VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE DE L'APPRENANT)											
VACCINS OBLIGATOIRES <sup>(1)</sup>	OUI	NON		DATES DES				OMMAND	-		DATES
Diphtérie				//		Coqueluche					l
Tétanos				///		Hépatite B					/
Poliomyélite				//		Rubéole – O	reillons	s – Rouge	eole		/
Ou DT Polio				<i> </i>		BCG					/
Ou Tétracoq				//		Autres (préc	iser)				/
(1)	Si l'app	renant n	'a pas les	s vaccins obliga	atoires,	merci de joindre	un cert	ificat médica	al de contre	e-indicat	ion.
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'APPRENANT											
NOM du MÉDECIN DE FAMILLE :											
L'apprenant suit-il un traitement médical actuellement ?   Oui <sup>(2)</sup> Non											
(1) Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.											
NOUS VOUS RAPPELONS QU'AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ À L'APPRENANT SANS ORDONNANCE.											
L'apprenant a-t-il des allergies (merci de cocher les cases correspondantes et pour chaque case cochée, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir).											
☐ Asthme											
□ Alimentaires											
□ Médicamenteuses ······											
☐ Autres					•••••						
AUTRES INFORMATIONS & RECOMMANDATIONS IMPORTANTES											
L'apprenant est-il at Merci d'indiquer les trait						nécessitant ι	ın traite	ement spé	écial ?		
□ Albuminurie		•				rte de connais	sance	☐ Asthr	me Rhuma	atisme a	articulaire aigu
☐ Cardiopathie	□ Ép	ilepsie	□ <b>E</b>	Eczéma	□ Hé	patite virale					
☐ Trouble « Dys- »	(à préci	ser):									
☐ Autres (à préciser)	):										
La pratique de certains sports lui est-elle interdite ? Si oui <sup>(3)</sup> , lesquels ?  (1) Merci de joindre un certificat médical le justifiant.											
Suivi particulier	_							D D C 15			
(merci de cocher les cases correspondante	s)	P.A.I (	Projet d	'Accueil Indiv	/idualis	é)	Ш	<b>P.P.S</b> (Pr	ojet Perso	onnalisé	de Scolarité)
Suivi social		Éducat	eur	☐ Famille d'accueil		Assistante sociale		DPASS	☐ Méd scol		☐ Psychologue
(merci de cocher les cases correspondante	s M,	, Mme .						<b> </b>			
et de remplir les infos)	Ac	dresse :						CP	۱	/ille	
ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL											
Je soussigné(e), déclare exacts les rer échéant, toutes mesu l'enfant. Je certifie qu Fait à	nseigne ures (tra ie les re  confier	ements paitement enseigne Le	oortés su médica ements p /	ur cette fiche. II, hospitalisat cortés sur cet/ nté à votre enfa	respore J'auto tion, interest tiens the fiche ant.	nsable légal orise par la pré ervention chire sont exacts. Signature de	de l'app sente le urgicale u respo	prenant e responsa es) rendue onsable lé	ible du vo s nécessa <b>gal :</b>	yage à aires pa	prendre, le cas



## 12, rue Saint-Laurent 41800 MONTOIRE-sur-le-LOIR

02.54.85.01.83

## AUTORISATION MÉDICALE & D'INTERVENTION CHIRURGICALE

(À 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 <sup>(1)</sup> ,						
	□ portable :						
Travail:							
NOM – PRÉNOM de l'APPRENANT :							
Né(e) le :	e □ demi-pensionnaire □ externe						
Scolarisé(e) au LEAP Sainte-Cécile - 12, rue Saint-Lau	rent - 41800 MONTOIRE-sur-le-LOIR 🖩 02.54.85.01.83						
En classe de $\ \Box \ 4^{\mbox{\scriptsize eme}} \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ $	CAPa 2 ☐ 2 <sup>nde</sup> SAPAT ☐ 1 <sup>ère</sup> Bac Pro ☐ T <sup>erm</sup> Bac Pro						
NOM du MÉDECIN DE FAMILLE :							
Autorise l'administration du LEAP Sainte-Cécile, 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 <sup>(2)</sup> .  (2) L'hospitalisation se fera dans l'hôpital auquel l'établissement est rattachée.							
Je souhaiterais, toutefois, dans la mesure du possible que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique							
Adresse:	_						
IMPO	DTANIT						
	RTANT						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'é	crire lisiblement)						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : <i>(merci d'é</i> Nom – prénom :	crire lisiblement)						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : <i>(merci d'é</i> Nom – prénom :	crire lisiblement)						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : <i>(merci d'é</i> Nom – prénom :	crire lisiblement)						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : <i>(merci d'é</i> Nom – prénom :	crire lisiblement)						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'éle Nom – prénom :	crire lisiblement)						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'éle Nom – prénom :	al:						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'éle Nom – prénom :	crire lisiblement)  All:  Mutualité Sociale Agricole  Autres (à préciser):						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'éle Nom – prénom :	al:  Mutualité Sociale Agricole  Autres (à préciser):						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'éle Nom – prénom :	al:  Mutualité Sociale Agricole  Autres (à préciser):						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'éle Nom – prénom :	al:  Mutualité Sociale Agricole  Autres (à préciser):						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'éle Nom – prénom :	al:  Mutualité Sociale Agricole  Autres (à préciser):						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'éle Nom – prénom :	crire lisiblement)  Al:  Mutualité Sociale Agricole  Autres (à préciser):  CALE:						
En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'én Nom – prénom :	crire lisiblement)  Al:  Mutualité Sociale Agricole  Autres (à préciser):  CALE:						

Signature du responsable légal :