

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**DOCUMENT CONFIDENTIEL**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**SEXE :** M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations sanitaires utiles durant la formation de l'apprenant(e).

**A remplir par les parents si l'apprenant (e) est mineur.**

Poids : .....Kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suivez-vous **un traitement médical** ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine au nom de l'apprenant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance**

(Sauf ceux inscrits dans le bulletin officiel de l'éducation Nationale N°1 du 6 janvier 2000)

**ALLERGIE :** ALIMENTAIRE  Oui  Non  
 MEDICAMENTEUSE  Oui  Non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  Oui  Non

Précisez.....

Précisez la conduite à tenir (si automédication le signaler)

**ASTHME :**  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une **reconnaissance travailleur handicapé** :  Oui  Non

Présentez-vous **des troubles de l'apprentissage** (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dyspraxie, dysphasie, TDAH) :  Oui  Non

Bénéficiez-vous **d'un suivi** (psychomotricité, orthophonie, psychologique, SESSAD, CMP) :  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, handicap)

**RESPONSABLE DU MINEUR :**

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphones: .....

**Autres responsables** (Nom, lien et numéro de téléphone) :

**MEDECIN TRAITANT :** .....

Numéro et adresse : .....

Je soussigné(e) ..... (Nom du responsable légal pour l'apprenant (e) mineur (e) ), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Pour les mineurs, en tant que responsable légal, j'autorise l'infirmière à prendre toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :