

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 :