

FICHE MEDICALE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

N° Sécurité sociale de l'apprenant(e) :

▪ **Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

	Père	Mère	Représentant légal	Autres personnes à prévenir
Nom Prénom				
Tel domicile				
Tel travail				
Tel portable				

▪ **Vaccinations :** voir copie du carnet de vaccination

▪ **Antécédents médicaux :**

	Oui	Non	Traitement / suivi médical
Asthme			
Epilepsie			
Diabète			
Eczéma			
Allergies			
Autres maladies			

CFA MFR LE CLOS DES BAZ



▪ **Médecin traitant :**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

▪ **Spécialiste (ORL, allergologue, orthophoniste...) :**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

▪ **Autorisation de soins :**

Je soussigné(e) père, mère, tuteur légal
ou élève majeur * déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence il sera fait appel au SAMU (15)
et que le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées à l'état de mon
enfant (ou à mon état de santé si je suis majeur).

Fait à, le

Nom :

Signature

(*) rayer les mentions inutiles