

Classe :
NOM et Prénom de l'apprenant :
Date et lieu de naissance :

Cette fiche est partagée avec l'équipe éducative dans le cas de voyages scolaires ou en cas d'urgence

NOM DU MEDECIN TRAITANT :
ADRESSE et TEL :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'apprenant a déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Varicelle Scarlatine Coqueluche Rougeole Oreillons Autres :
.....

L'apprenant a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales : Lesquelles ? (dates)
.....
.....

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

Albuminurie Diabète Asthme Eczéma Epilepsie Cardiopathie Rhumatisme articulaire
Hépatite virale Perte de connaissance Autres :
.....

Réactions allergiques médicamenteuses, alimentaires ou autres :
.....

Traitement en cours :
.....

VACCINATIONS : Nous joindre une copie du carnet de santé à jour.

Son état de santé ne présente pas de contre-indications à **la vie en collectivité en internat**

Est apte à effectuer **des stages en milieu professionnel** correspondants aux objectifs de la formation.

Son état de santé nécessite un **PAI (signalement obligatoire par les responsables)** :

OUI **NON** si oui, quel est le trouble de santé :,

Fait à.....le.....

Signature des parents ou du représentant légal