



CDFAA de la Corrèze
Site de Brive-Voutezac



PHOTO

Année Scolaire
20.... /20....

INFIRMERIE

☎ 05 55 25 25 45
06 23 30 21 13

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS

Nom : Prénom :
Date de naissance : Régime: ☐ Interne ☐ ½ Pensionnaire ☐ Externe
Classe : Portable :

Numéro INSS (Sécurité Sociale ou MSA) de l'apprenti(e) :

Personnes à prévenir :

Mère	Père	Autre
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
.....
.....
☎ domicile :	☎ domicile :	☎ domicile :
.....
☎ travail :	☎ travail :	☎ travail :
.....
Portable :	Portable :	Portable :
.....

Adresse du jeune si différente :
.....

Nom médecin traitant : ☎

FICHE D'URGENCE

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Père, mère, représentant légal de l'apprenti (e) :

AUTORISE

l'administration de l'établissement ou ses représentants :

► **à faire intervenir un médecin en cas de besoin et dispenser les soins prescrits et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour :**

► **une hospitalisation**

► **en cas d'urgence** : le médecin régulateur du 15 oriente l'apprenti malade ou blessé vers le Centre hospitalier auquel est rattaché l'établissement.

► **Le Transport** de mon enfant par un véhicule sanitaire, sous la responsabilité du chauffeur, en cas de consultation au centre hospitalier, pour maladie ou accident, ne relevant pas des services d'urgence (le transport est à la charge de la famille).

**Je m'engage à régler les honoraires et frais engagés
et à venir chercher mon enfant si son état ne lui permet pas la poursuite de sa scolarité**

A..... le.....

Signature,

**Photocopie - attestation de la carte vitale (pas la carte)
- de la mutuelle (afin d'éviter les frais pharmaceutiques)**

FICHE DE SANTE

L'apprenti(e) est-il atteint d'une des maladies suivantes:

☐ Asthme ☐ Epilepsie ☐ Diabète

Autres (préciser):

.....
.....

Traitement :

.....
.....

Antécédents chirurgicaux

.....
.....

Allergies médicamenteuses (donner des renseignements précis):

.....
.....

Allergies alimentaires (joindre le certificat médical + protocole d'urgence si nécessaire) :

.....
.....

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

Vaccination ROR (Rougeole- Oreillon – Rubéole), date des deux injections :

.....
(Joindre la photocopie des vaccinations)

Situation d' handicap : Si votre enfant présente une déficience (auditive, visuelle ...), une difficulté d'apprentissage (dyslexie...) ou un trouble de santé évoluant sur une longue période, le signaler.

.....
.....
.....
.....

Préciser si à bénéficier :

► Un PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé)

► Un PAI (Projet d'Accueil Personnalisé).....

► Un aménagement d'épreuves aux examens (1/3 temps)

► Autres (PPS – AVS)

(Joindre la photocopie de ces documents)

EN CAS D'INAPTITUDE

A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE, REMPLIR LE
CERTIFICAT MEDICAL CI-DESSOUS PAR VOTRE MEDECIN

Je soussigné(e), Docteur en Médecine:

Certifie avoir examiné :

Nom: Prénom:

Date de naissance :

Constate, ce jour, que son état de santé entraîne:

- **Une inaptitude partielle** du au

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée:

- a des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture...)
- a des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...)
- à la capacité à l'effort (intensité, durée...)
- à des situations d'exercices et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...)

- **Une inaptitude totale** à tous sports:

A..... le.....

Signature et cachet du médecin