

FICHE SANITAIRE DE L'APPRENANT – 2024/2025

A remplir par l'apprenant ou un responsable légal
A nous retourner impérativement avec le dossier d'inscription

Nom :	N° sécurité sociale :
Prénom :	Groupe sanguin (si connu) :
Classe :	Date de naissance :
<u>SITE DE LIMAS</u> <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
<u>SITE DE TARARE</u> <input type="checkbox"/>	

Adresse résidence principale :

.....
.....

Nom et adresse du responsable légal (si différente de la résidence principale) :

.....
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir familles ou proches désignés par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

- 1 - N° de téléphone du domicile :
- 2 - N° de portable du père : de la mère :
- 3 - N° du travail du père : de la mère :
- 4 - Nom et N° de téléphone d'une personne à prévenir rapidement :

.....

En cas d'urgence, un apprenant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille ou les proches désignés sont immédiatement avertis par nos soins. Un apprenant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un responsable légal.

Si les services de secours jugent la situation non-urgente et refusent d'emmener l'apprenant, nous vous proposerons de joindre une personne susceptible de venir chercher l'apprenant ou d'appeler une ambulance.

LES FRAIS ENGAGÉS SONT À LA CHARGE DE L'APPRENANT OU DE SON RESPONSABLE LÉGAL ET NON DE L'ÉTABLISSEMENT.

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Date du **dernier rappel de vaccin antitétanique** :

Traitement(s) en cours :

.....
.....

Avez-vous des **allergies médicamenteuses** ? OUI NON

Si Oui, indiquez lesquelles :

Des allergies alimentaires ? OUI NON Intolérance

Si Oui, indiquez lesquelles :

Et celles nécessitant un traitement d'urgence :

Des allergies autres ? OUI NON

Si Oui, indiquez lesquelles :

Et celles nécessitant un traitement d'urgence :

Aucune allergie alimentaire au restaurant scolaire ne pourra être prise en compte sans la présentation d'un certificat médical au Responsable Educatif.

En cas de problème de santé, un **PAI (Projet d'Accueil Individualisé)** peut être mis en place au sein de l'établissement pour les apprenants mineurs. Selon la nature du trouble de la santé, il permet de préciser :

- ✓ les médicaments qu'il convient d'administrer,
- ✓ les aménagements spécifiques,
- ✓ la prescription si nécessaire d'un régime alimentaire,
- ✓ le protocole des soins d'urgence le cas échéant.

Si vous souhaitez bénéficier de ce protocole, merci de bien vouloir le signaler au Responsable Educatif.

Autres observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance du centre :

.....
.....

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux)

Je, soussigné(e) (apprenant ou responsable légal si mineur) :

Nom : Prénom :

déclare consentir expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la formation suivie au CFAB. Pour ces données je dispose du droit de retirer mon consentement à leur collecte et à leur traitement.

A, le / /

Signature apprenant ou responsable légal :