

Document non confidentiel valable dans l'enceinte de l'Etablissement ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.

**COORDONNEES APPRENANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
 Classe : \_\_\_\_\_ Régime : INT  DP  EXT  Téléphone: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
 Date de Naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : ..... \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

**COORDONNEES PERSONNES A PREVENIR :**

Responsable 1	Responsable 2	Autre à préciser :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Portable :	Portable :	Portable :
Tél. Travail :	Tél. Travail :	Tél Travail :

**DONNEES SANTE**

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
 Vaccination antitétanique, date du dernier rappel : \_\_\_\_\_ [Joindre une photocopie du carnet de vaccinations](#)  
 Antécédents médicaux ou chirurgicaux : \_\_\_\_\_  
 L'apprenant a-t-il des allergies (entourer la réponse) : Médicamenteuses      Alimentaires      Autres  
 Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 L'apprenant présente-t-il une déficience (auditive, visuelle...), une difficulté d'apprentissage (dyslexie...),  
 Merci de préciser le type de trouble, le traitement suivi et/ou les aménagements sollicités.  
 \_\_\_\_\_  
 Traitement(s) éventuels (à remettre impérativement à l'infirmière avec un duplicata d'ordonnance) :  
 \_\_\_\_\_

**AUROSITATION D'INTERVENTION :**

Représentant Légal 1,       Représentant Légal 2,       tuteur de l'apprenant,       apprenant,

Autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par un médecin et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une hospitalisation, une intervention d'urgence, une anesthésie.

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'apprenant accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

La famille est aussitôt avertie par nos soins et prendra en charge la sortie de l'apprenant du Centre Hospitalier.

Dans tous les cas l'apprenant mineur(e) ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal  
 Le CFA est déchargé de toute responsabilité tant au niveau du transport par le SAMU, qu'au niveau des actes médicaux et chirurgicaux qui seront pratiqués.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Signature des représentants légaux et/ou de l'Apprenant,