

FICHE MEDICALE

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
N° Sécurité sociale de l'apprenant (e) :			

MEDECIN TRAITANT			
Nom :			
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
N° de Téléphone :			

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE			
	Père	Mère	Tuteur ou autre
Nom Prénom :			
Tel Portable :			
Tel travail :			

Date des vaccinations :	
Dernier rappel diphtérie, tétanos, polio :	
Rougeole :	
Hépatite B :	

ANTECEDENTS MEDICAUX :			
	Oui	Non	Traitement / suivi médical
Asthme			
Epilepsie			
Diabète			
Eczéma			
Allergies			
Autres			

AUTORISATION DE SOINS :	
Je soussigné(e) [nom, prénom du représentant légal pour un apprenant mineur] ou [nom, prénom de l'apprenant majeur], autorise le CFA Municipal de BELFORT, à faire appel aux services d'urgence pour conduire l'apprenant désigné ci-dessus dans le Centre Hospitalier le plus adapté. Nom et Signature « Lu et Approuvé »	
En cas de refus, compléter la décharge ci-dessous. Je soussigné(e) [nom, prénom du représentant légal pour un apprenant mineur] ou [nom, prénom de l'apprenant majeur] décharge de sa responsabilité le personnel du CFA Municipal de Belfort. Nom et Signature « Lu et Approuvé »	