



FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

À remplir par les parents

Classe :
NOM et Prénom de l'apprenant :

*Les informations recueillies à partir de ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre : inscription
Elles sont enregistrées et transmises à la au Pôle administratif de la MFR pour classement. Nous vous prions de ne nous fournir que
les informations pertinentes au traitement de votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux
données vous concernant, que vous pouvez exercer en nous [contactant à l'adresse suivante mfr.montluel@mfr.asso.fr](mailto:mfr.montluel@mfr.asso.fr)
Pour plus d'informations, veuillez consulter notre **Politique de Protection des Données personnelles***

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