

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – A COMPLETER IMPATIVEMENT

- N° sécurité sociale de **L'APPRENTI (E)** : _____

→ AUTORISATION D'INTERVENTION

Je soussigné Mme, M., _____ représentant
légal de l'apprenti(e) _____

☐ **Autorise** ou ☐ **n'autorise pas** la direction du CFA à prendre toute mesure nécessaire en cas d'accident, et à faire appel aux services d'urgence.

☐ **Autorise** ou ☐ **n'autorise pas** la vie scolaire à donner si nécessaire des médicaments de type Paracétamol, Spasfon. (Le CFA ne dispose pas d'infirmierie).

- Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

→ ALLERGIES

☐ ASTHME	☐ MEDICAMENTEUSE	☐ ALIMENTAIRE
précisez : -		

- Si vous souhaitez mettre en place un protocole spécifique de type PAI (Projet d'Accueil individualisé), veuillez-vous rapprocher du responsable de l'établissement. Vous trouverez les documents nécessaires sur le site de l'éducation nationale
(PAI : <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo9/MENE2104832C.htm>)
- Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication, indiquer la nécessité de prise de médicament durant le temps scolaire :
-
- Indiquez ci-après, les difficultés de santé, maladie, accident, crises convulsives ..., en précisant les précautions à prendre :
-
- Indiquez les autres difficultés d'apprentissage :
-
- Recommandations diverses, votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, prothèses dentaires, précisez :
-
- Autres informations que vous jugez pertinentes :

Fait à _____, le ____/____/____

(Signatures obligatoires)

Représentant légal
(Si apprenti mineur)

Apprenti (e) :