FICHE MÉDICALE
NON CONFIDENTIELLE

<u>A remettre Impérativement avec cet imprimé</u> : <u>Un certificat médical</u> notifiant que l'état de santé de l'élève lui permet de faire des stages.

NOM : ……..…….. Prénom : ……

Date et lieu de naissance : ……..

RESPONSABLE PRINCIPAL : Lien de Parenté avec l'élève : **…….**

NOM : …… PRENOM : …….

N° de Sécurité Sociale : ……..…….. clé : …….

ADRESSE : _____ _____
N° et nom de la rue, avenue Bat N°, N° Appt

_____ _____
Code Postal Bureau Distributeur

Portable : |____|____|____|____|____|

Mail : |__|__|__|

VACCINATIONS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

Veuillez nous transmettre les photocopies des vaccinations du carnet de santé sans oublier de noter le nom et le prénom de votre enfant sur la photocopie

➔**HÉPATITE B* (vaccination obligatoire) : 3 dates** : ……..

➔**DT. POLIO (vaccination obligatoire)** : …….

➔**ROR : 2 dates :** ……..……..……

* **Pour l'Hépatite B** :

- S'il n'ya pas eu 3 injections
et/ou
- Si la vaccination date de plus de 12 ans, il faut vérifier l'immunité. Rapprochez-vous de votre médecin afin qu'il vous prescrive une analyse pour une recherche d'anticorps. Si cela est le cas, il faudra la joindre à ce document.

Si vous souhaitez plus de renseignements, vous pouvez contacter l'infirmerie :

infirmerie@lycee-smdn.org

EN CAS D'ACCIDENT

Je, soussigné(e) ……..……..……

autorise le Chef d'Etablissement ou son représentant dûment mandaté, à prendre toute décision urgente, après avis médical, concernant la santé de mon fils / ma fille :

…….

et à faire pratiquer toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par le médecin.

A ……..….. le …….……

Signature