



**AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL
ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026

(Cet exemplaire est destiné à la responsable vie scolaire, il doit être accessible en permanence et doit suivre l'apprenti(e) en voyage)

Je soussigné, père, mère, tuteur légal, apprenti(e) majeur (1)

Adresse complète :

Téléphone :

Nom, prénom de l'apprenti(e): Date de naissance :

Classe :

Interne demi-pensionnaire externe

Groupe sanguin :

Numéro de sécurité social de l'apprenti

Nom du médecin de famille : Téléphone :

En cas d'urgence, le CFA est autorisé à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une prise en charge chirurgicale d'urgence ou médicale (2) vers l'hôpital le plus proche.

Je souhaiterais, toutefois, dans la mesure du possible :

1° Que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique (3)

Adresse Téléphone :

2° Que l'on fasse appel au chirurgien (4) M
Adresse Téléphone :

Je laisse l'administration de l'établissement libre de choisir le chirurgien et l'hôpital (Hôpital René Arbelletier de Coulommiers).
Je m'engage à régler moi-même les honoraires et frais engagés et à venir chercher mon enfant à l'hôpital.

Si vous n'avez pas personnellement de téléphone, à quel numéro peut-on vous joindre ?

Nom de la personne : Téléphone :

Nom de la personne: Téléphone :

Assurance complémentaire chirurgicale :

Nom de la caisse ou de la mutuelle : N° d'immatriculation :

Signature du responsable légal ou
de l'apprenti(e) majeur(e)

A, le

(1) Rayer la ou les mentions inutiles.

(2) L'hospitalisation se fera dans l'hôpital auquel l'établissement est rattaché soit l'hôpital René Arbelletier de Coulommiers.

(3) L'hôpital ou la clinique doivent être situés dans la commune où se trouve l'établissement scolaire ou dans une commune proche.

(4) Dans la mesure où l'établissement de soins peut faire appel à ce praticien et à condition que la spécialité de celui-ci réponde à la nature de l'intervention chirurgicale.

FICHE DE SANTE

VACCINATIONS à jour : Oui Non

Si non, quand est prévu la mise à jour : (Fournir une page du carnet après vaccination)

1. Maladies de l'enfance (dates) :

- coqueluche :
- oreillons :
- rougeole :

- rubéole :
- scarlatine :
- varicelle :

2. Autres maladies (dates) :

.....
.....

Accidents (dates) :

.....
.....

3. L'apprenti(e) a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Lesquelles ? (dates) :

.....
.....

4. Le candidat est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? Indiquer les traitements déjà effectués et le traitement suivi :

- albuminurie :
- diabète :
- asthme :
- eczéma :
- pertes de connaissance :
- épilepsie :
- cardiopathie :
- rhumatisme articulaire aigu :
- hépatite virale :

5. Autres traitements en cours :

6. Réactions allergiques médicamenteuses ou alimentaires (donner des renseignements précis) :

.....

7. La pratique de certains sports est-elle interdite au candidat ? Lesquels ?

.....

8. Observations particulières :

.....
.....

A la demande de la famille, Dossier de PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Renseignements et dossier à retirer auprès de la Vie Scolaire du CFA.

A la demande de la famille, Dossier d'Aménagements d'épreuves d'examen (1/3 temps, etc...) : Renseignements et dossier à retirer auprès de la Vie Scolaire du CFA.

Rappel important :

- **En cas de traitement médical à suivre dans l'établissement, les médicaments seront remis à la Vie Scolaire du CFA avec un duplicata de l'ordonnance (document OBLIGATOIRE).**
- **Tout médicament doit être accompagné d'une ordonnance.**

Signature du responsable légal ou
de l'apprenti(e) majeur(e)

A, le