



FICHE SANTE

2024-2025

Cette fiche est conçue pour recueillir les renseignements médicaux, elle évite de vous démunir du carnet de santé

APPRENTI

Nom : Prénom :
Date de naissance : / __ / __ / __ / n° sécurité sociale :
Classe :

VACCINATIONS et RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Fournir une photocopie des vaccinations du carnet de santé

L'apprenti a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- RUBEOLE VARICELLE ANGINES RHUMATISMES SCARLATINE
- COQUELUCHE OTITES ASTHME ROUGEOLE OREILLONS

L'apprenti a-t-il déjà eu d'autres difficultés de santé
Merci de préciser les dates

.....
.....

Recommandations - traitement :

.....
.....

EN CAS D'URGENCE

Personnes à contacter :

Nom : Prénom :
Lien :

Nom : Prénom :
Lien :

Je soussigné, apprenti responsable de l'apprenti déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'apprenant.

DATE :

SIGNATURE :

