

Lucie

Aubrac

Écoles polyvalentes
Lucie Aubrac

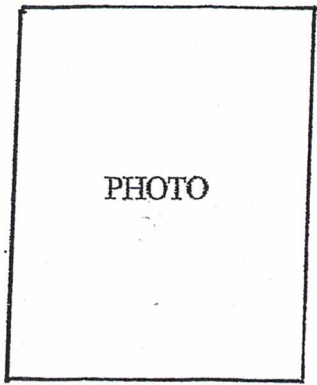
51, rue Victor Hugo

93500 Pantin

tél. 01.41.83.09.70

Fax 01.48.45.01.78

ce.0932117w@ec-aubrac.fr



FICHE MEDICALE

NOM DE L'ÉLÈVE

Prénom Fille Garçon

Date de naissance Lieu de naissance

Nationalité

Établissement l'année précédente

Adresse

Classe

PERSONNE(S) RESPONSABLE(S)

Père et Mère Père Mère Autre (préciser)

Nom et prénom du responsable

ADRESSE DE LA FAMILLE

N° Rue

Commune Code postal Tél : 01/ / / / ..

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé ? (maladie, allergie, contre-indication médicamenteuse, alimentaire...):

.....
.....
.....
.....

Suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ?

.....
.....
.....

Nom du médecin traitant : Téléphone : 01/ / / / ..

(Tourner la page S.V.P)

PRESENTATION DE L'ELEVE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone domicile :

N° de téléphone portable :

Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom- téléphone) :

FICHE DE SUIVI MEDICAL

Validité des vaccinations

Vaccin	Date de la première injection	Date du dernier rappel
Antidiphthérique		
Antitétanique		
Antipolio		
Anti-hépatite B		
BCG		

Conditions particulières d'inscription pour les baccalauréats ASSP, HPS, et Le CAP APH

Conformément à la législation en vigueur, les élèves entrant en baccalauréat ASSP, HPS et CAP APH, doivent satisfaire aux conditions de vaccination et aux autres exigences relatives à la prévention des risques professionnels du secteur.

Cela signifie que la vaccination contre l'hépatite B est exigée, en plus des vaccinations obligatoires.

Textes de références : articles L3111-4 et L 3112-1 du code de santé publique, R 4626-25 du code du travail et recommandations vaccinales en vigueur du haut conseil de la santé



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL*

MISSION DE PROMOTION
DE LA SANTE
EN FAVEUR DES ELEVES

Date de la demande :

Nom du médecin demandeur (cachet)

Nom de l'élève :

Né(e) le

Etablissement où est inscrit l'élève

Nom :

Rue :, n°

Commune : Arr (pour Paris) :

Département : Pays :

Classe :

Prénoms :

à

Etablissement d'où vient l'élève

Nom :

Rue :, n°

Commune : Arr (pour Paris) :

Département : Pays :

Classe :

Date de la réponse :

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé

En retour (1)

Elève non inscrit à l'école indiquée.

Autras raisons de non-envoi :

(1) Encadrer les mentions utiles.

Nom du médecin adressant
(cachet)

Cet imprimé, une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical.