

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – A COMPLETER IMPERATIVEMENT

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

• **Autorisation d'intervention :**

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

autorise **n'autorise pas**

la direction du CFA à prendre toute mesure nécessaire en cas d'accident, et à faire appel aux services d'urgence si besoin est.

• Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

→ **ALLERGIES**

<input type="checkbox"/> ASTHME	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/> ALIMENTAIRE
Autres, précisez :		

Si vous souhaitez mettre en place un protocole spécifique de type PAI (Projet d'Accueil Individualisé), veuillez-vous rapprocher du responsable d'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)