

FICHE SANITAIRE

Nom – prénom du stagiaire :

Date de naissance du stagiaire :

N° de sécurité sociale :

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATE |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|------|
| Diphtérie | | Coqueluche | |
| Tétanos | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | Hépatite B | |
| | | Pneumocoque | |
| | | BCG | |
| | | Autres (préciser) | |

Contre-indication aux médicaments et aliments (*allergies, régimes alimentaires...*) :

Précautions particulières à observer :

Traitement en cours (*si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance*) :

Responsable légal 1

Nom – prénom :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Téléphone travail :

Responsable légal 2

Nom – prénom :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Téléphone travail :

Autorise le stagiaire à subir toute intervention pratiquée en cas d'urgence, par un médecin et à suivre le traitement rendu nécessaire par son état de santé. Je donne ainsi pouvoir aux responsables de ce stage pour prendre toutes décisions qu'ils jugeront utiles en cas d'urgence.

OUI NON

Le responsable légal déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le

Signature du responsable légal