



C.F.A DES MFR DU CLOS DES BAZ

240, Avenue André Lasquin
74700 SALLANCHES

04.50.58.11.21 Fx : 04.50.47.80.48
Mail : mfr.closdesbaz@mfr.asso.fr



FICHE MEDICALE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

	Père	Mère	Représentant légal	Autres
Nom				
Tel domicile				
Tel travail				
Tel portable				

Vaccinations :

Date du dernier vaccin antitétanique :µ

Antécédents médicaux :

	Oui	Non	Traitement / suivi médical
Asthme			
Epilepsie			
Diabète			
Eczéma			
Allergies			
Autres maladies			



C.F.A DES MFR DU CLOS DES BAZ

240, Avenue André Lasquin
74700 SALLANCHES

04.50.58.11.21 Fx : 04.50.47.80.48
Mail : mfr.closdesbaz@mfr.asso.fr



Autres renseignements :

Votre enfant est-il titulaire d'un 1/3 temps ou d'un autre aménagement pour l'année en cours ? Si un aménagement des épreuves d'examen est envisagé, vous devez fournir un bilan orthophonique récent.

- Oui
- Non

	Oui	Non	Suivi
Dyslexie (et autres dys)			
Déficit de l'attention			
Hyperactivité			
Autres handicap			

Votre enfant a-t-il été scolarisé ou suivi par l'une des structures suivantes ?

- CLIS
- ULIS
- Service médico-social (SESSAD...)
- Etablissement médico-social (IME, ITEP...)

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Autorisation d'intervention en cas d'urgence :

Je soussigné(e) représentant légal de l'élève autorise la MFR du Clos des Baz à prendre toutes les mesures en cas d'urgence (transport, hospitalisation, intervention chirurgicale...).

Fait à
Le

Nom :

Signature