



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 : .....

### 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 / situation de handicap :**

Votre enfant :

- Ne présente aucun handicap
- Présente des difficultés mais n'a jamais été pris en charge par un spécialiste.

Indiquer les difficultés rencontrées : .....

- Présente un handicap.

Merci de compléter la suite du questionnaire.

	Oui	Non	Observations / Nature du suivi	Durée et fréquence du suivi
Dyslexie (et autres dys)				
Déficit de l'attention				
Hyperactivité				
Autres handicap				

- ✓ Votre enfant a-t-il bénéficié d'un accompagnement scolaire spécifique ? Indiquer le nombre d'heures par semaine.

- AVS :
- Enseignant spécialisé :
- SSESAD :
- Autre :

- ✓ 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

- ✓ Votre enfant a-t-il été scolarisé dans l'une des structures suivantes ?

- SEGPA
- Classe relai
- CLIS
- ULIS
- Etablissement médico-social (IME, ITEP...)



**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



**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