

L'élève

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Classe :

☐ 4^{ème}

☐ 3^{ème}

☐ CAPa 1 SAPVER

☐ CAPa2 SAPVER

☐ Seconde Bac Pro

☐ 1^{ère} Bac Pro SAPAT

☐ 1^{ère} Bac Pro MA

☐ Term Bac Pro MA

☐ Demi-pensionnaire

☐ Interne

DOSSIER 2

FICHE SANITAIRE 2026 2027

À cocher par la famille	Vous devez réaliser les photocopies avant de rendre le dossier et les mettre dans l'ordre ci-dessous		Cadre réservé MFR
<input type="checkbox"/>	1	Photocopie de l'attestation des droits (Sécurité Sociale, MSA, CMU ou autre) ou de la carte vitale de l'élève (si plus de 16 ans)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	Photocopie de la carte de mutuelle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	Photocopie du carnet de santé : pages vaccinations (avec nom de l'élève noté sur chaque page)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	Un certificat médical est obligatoire uniquement en cas de dispense de sport	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	Ordonnance obligatoire en cas de traitement médical	<input type="checkbox"/>

CFA-MFR GOVEN

34, rue des Croix de Roche – 35580 GOVEN 02 99 42 01 26 mfr.goven@mfr.asso.fr – www.mfr-goven.fr

FICHE SANITAIRE

Représentant légal : ☐ Père ☐ Mère

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Code Postal **VILLE**.....



NUMEROS DE TELEPHONES DES PERSONNES A CONTACTER



Mère Portable

Mère Travail

Père Portable

Père Travail

Autre personne : nom prénom.....

Téléphone.....

Nom du médecin traitant :



--

Mise à jour des vaccinations (Fournir photocopie carnet de santé)

Poliomyélite/diphtérique/tétanique/coqueluche : OUI NON

Injection de rappel à jour :OUI NON

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les élèves qui vont réaliser des stages dans certaines professions de santé soit en milieu hospitalier, EHPAD, crèche...

Pratique de sport

Le jeune a -t-il une dispense de sport ?	OUI	NON
---	-----	-----

Si oui fournir un certificat médical

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, traitement en cours, précautions particulières...) :

.....

.....

.....

Toutes modifications importantes concernant l'état de santé d'un enfant durant sa scolarité (maladie grave, handicap, etc) seront signalées à la MFR.

Cette feuille est à compléter uniquement si le jeune a un traitement médical

En cas de traitement spécifique, remettre au secrétariat :

- L'ordonnance
- et les médicaments du jeune **dans un pilulier semainier préparé à l'avance pour chaque semaine à la MFR.**

Je soussigné(e) _____ Père/ Mère/Tuteur

de l'élève _____

Autorise les encadrants de la MFR à remettre à mon enfant les médicaments prescrits sur l'ordonnance jointe avec le pilulier chaque semaine.

Je dégage l'Établissement de toute responsabilité quelle qu'elle soit.

Fait à : Le :

Signature(s) de(s) parent(s) ou du responsable légal

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

« Les données personnelles recueillies via ce formulaire servent à intervenir en cas de besoin pour votre jeune à la Maison Familiale et Rurale de Goven. La base légale de ce traitement est l'article 6.1° du règlement sur la protection des données (mission d'intérêt public). Les données sont exploitées par les services administratifs et pédagogiques de l'établissement. Elles sont conservées opérationnelles durant toute la durée de la préinscription et inscription.

Vous disposez du droit de demander au responsable du traitement (La Direction de la Maison Familiale Rurale de Goven – 34 rue des croix de roche - 35580 GOVEN - Tél : 02.99.42.01.26 – Mail : mfr.goven@mfr.asso.fr) l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement relatif à la personne concernée, ou du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données, sauf incompatibilité avec la Mission d'Intérêt Général de la Maison Familiale Rurale de Goven.

AUTORISATION DE SOINS

Nous vous informons que l'établissement n'est pas habilité à prodiguer des soins, à transporter votre enfant sur un lieu médical. En cas d'urgence, les mesures nécessaires seront prises par nos soins (pompiers, SAMU).

Nous soussignons, Madame, Monsieur :

Responsables légaux du jeune :

Autorisons le chef d'établissement ou tout autre membre de l'équipe :

- ✓ À faire prodiguer les soins nécessaires à mon enfant par le médecin disponible le plus proche ou de garde la nuit.
- ✓ À faire hospitaliser notre enfant en cas d'urgence et autorisons l'anesthésiste au cas où il serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, et qu'il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Antécédents, maladies :

Antécédents opératoires :

Allergies (préciser) :

Contres indications médicales :

- ✓ Je certifie avoir pris connaissance de la totalité du dossier sanitaire et m'engage à fournir toutes les pièces à joindre notées en 1^{ère} page

Fait à : Le :

Signature(s) de(s) parent(s) ou du responsable légal

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »