

Fiche de santé individuelle

A compléter par les parents ou tout membre majeur au début de la formation.

Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant et de vous-même en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les responsables du CFCV ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées. N'hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des responsables si cela vous semble utile.

Identité de l'apprenti

Prénom : Nom :
 Adresse : No..... Rue :
 Code postal : Localité :
 E-mail : Natel :
 Tél. maison :

Personnes à contacter en cas d'urgence

1. Prénom : Nom :
 Adresse : Localité :
 Lien de parenté : Tél. prof :
 E-mail : Natel :

2. Nom : Prénom :
 Lien de parenté : Tél. prof :
 E-mail : Natel :

Y a-t-il des **données médicales spécifiques importantes** à connaître pour le bon déroulement de la formation ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, hémophilie, dyslexie etc...) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....

Le participant est-il **allergique** à certaines substances, aliments ou médicaments ? OUI / NON

Si oui, lesquels ?

Quelles en sont les conséquences ?

Le participant doit-il prendre des **médicaments** ? OUI / NON

Nom du médicament	En quelle quantité?	Quand?

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? OUI / NON (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

Remarques

Les responsables de formation disposent d'une boîte de premiers secours. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient : *Paracetamol, Fenistil®*,



Faite signer le formulaire à l'entreprise, avant de remplir la partie médicale

Fiche signalétique à remplir et à apporter le 1er jour de cours pratique

Coller une Simple photo d'automate. La photo doit être collée.



Identité de l'apprenti

Prénom : Nom :
Adresse : No Rue :
Code postal : Localité :
E-mail : Natel :
Tél. maison : Date de naissance :
Vos
hobbies :
.....
.....

Identité de l'entreprise formatrice

Responsable de formation

Prénom : Nom :
Carrosserie :
Adresse : No Rue :
Code postal : Localité :
E-mail : Tél, prof :

1° Date et signature du formateur :

2° Date et signature du représentant légal :

2° Date et signature de l'apprenti :

Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté.