

**CDFAA DE LA HAUTE-VIENNE**

Les Vaseix
87430 VERNEUIL SUR VIENNE
05-55-48-44-30
www.epl-limoges-nord87.fr

Année 2022-2023

FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel, sera dupliqué pour la Vie Scolaire. A remplir à chaque rentrée scolaire par la famille de l'apprenti s'il est mineur, ou par l'apprenti s'il est majeur

Valable dans l'enceinte du CDFAA ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.

Nom : Prénom :

Classe : Régime : INT DP EXT

Date de Naissance Lieu de naissance :

Sexe : M F N° de S. Sociale de l'apprenti (s'il est connu):

N° de portable de l'apprenti :

Personnes à prévenir :

| Mère | Père | Autre |
|--|--|--|
| Nom : <input type="text"/> | Nom : <input type="text"/> | Nom : <input type="text"/> |
| Prénom : <input type="text"/> | Prénom : <input type="text"/> | Prénom : <input type="text"/> |
| Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/> | Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/> | Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Code Postal : <input type="text"/> | Code Postal : <input type="text"/> | Code Postal : <input type="text"/> |
| Ville : <input type="text"/> | Ville : <input type="text"/> | Ville : <input type="text"/> |
| Tel domicile : <input type="text"/> | Tel domicile : <input type="text"/> | Tel domicile : <input type="text"/> |
| Tel travail : <input type="text"/> | Tel travail : <input type="text"/> | Tel travail : <input type="text"/> |
| Portable : <input type="text"/> | Portable : <input type="text"/> | Portable : <input type="text"/> |

Adresse du jeune si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utiles de signaler (allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

(Joindre une photocopie des vaccinations)



CDFAA DE LA HAUTE-VIENNE

Les Vaseix
87430 VERNEUIL SUR VIENNE
05-55-48-44-30
www.epl-limoges-nord87.fr



Année 2022-2023

FICHE DE SANTE

Document confidentiel qui sera conservé à l'infirmierie

Nom et prénom du jeune :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

Allergie(s) :

Traitement(s) :

Les traitements doivent être impérativement remis à l'infirmière avec un duplicata de l'ordonnance.

