



Collectivité de Martinique - Ministère de l'agriculture et de l'agroalimentaire et de la Forêt.

ÉTABLISSEMENT PUBLIC LOCAL D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE AGRICOLES

LEGTA DE CROIX RIVAIL – CFAA DU FRANCOIS – CFPPA DU CARBET – CFPPA DE RIVIERE PILOTE

AUTORISATION  
VALABLE  
1 AN

# FICHE SANTÉ

Photo  
Du  
Candidat

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

CLASSE : \_\_\_\_\_

ANNÉE SCOLAIRE : 20 \_\_ / 20 \_\_

RÉGIME :  INTERNE  ½ PENSIONNAIRE  EXTERNE

**Responsable légal :**

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Père     Mère     Tuteur légal     Élève majeur

Adresse complète : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☎: 05 96 \_\_\_\_\_ 📠: 06 96 \_\_\_\_\_ ☎: 05 96 \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Célibataire     Concubinage     Marié     Séparé     Divorcé     Veuf

**Numéro d'immatriculation du responsable légal ou de l'élève majeur :**

- Sécurité sociale : \_\_\_\_\_
- Mutuelle Sociale Agricole : \_\_\_\_\_
- Autres, préciser : \_\_\_\_\_

**Assurance complémentaire chirurgicale :**

- Nom de la caisse ou de la mutuelle : \_\_\_\_\_
- N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin de l'élève : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

☎: 05 96 \_\_\_\_\_ 📠: 06 96 \_\_\_\_\_

Acceptez-vous que l'homéopathie soit utilisée en cas de besoin     Oui     Non     Sans opinion

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :**

- Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

☎: 05 96 \_\_\_\_\_ 📠: 06 96 \_\_\_\_\_ ☎: 05 96 \_\_\_\_\_

- Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

☎: 05 96 \_\_\_\_\_ 📠: 06 96 \_\_\_\_\_ ☎: 05 96 \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature du responsable légal ou de l'élève majeur

## Antécédents de l'élève

### Maladies de l'enfance (dates) :

Coqueluche : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Rougeole : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Scarlatine : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Oreillon : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Rubéole : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Varicelle : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Autres maladies, lesquelles, préciser les dates :

---

---

---

### Accidents, lesquels, préciser les dates :

---

---

---

### Interventions chirurgicales, lesquelles, préciser les dates :

---

---

---

### L'élève est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? Indiquer les traitements déjà effectués et le traitement suivi :

- Albuminurie : \_\_\_\_\_
- Diabète : \_\_\_\_\_
- Asthme : \_\_\_\_\_
- Eczéma : \_\_\_\_\_
- Pertes de connaissance : \_\_\_\_\_
- Épilepsie : \_\_\_\_\_
- Cardiopathie : \_\_\_\_\_
- Rhumatisme articulaire aigu : \_\_\_\_\_
- Hépatite virale : \_\_\_\_\_
- Drépanocytose : \_\_\_\_\_

Autres traitements en cours : \_\_\_\_\_

---

**En cas de traitement médical à suivre dans l'établissement, les médicaments seront remis à l'infirmière avec un duplicata de l'ordonnance + autorisation des parents.**

**Allergies alimentaires** (donner des renseignements précis) : \_\_\_\_\_

**Allergies médicamenteuses** (donner des renseignements précis) : \_\_\_\_\_

**Observations particulières** : \_\_\_\_\_

---

**Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAI (Projet d'accueil individualisé) au cours de l'année précédente**

Oui  Non

**A-t-il déjà obtenu un aménagement d'épreuves d'examens, tiers temps**  Oui  Non

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal ou de l'élève majeur





Collectivité de Martinique - Ministère de l'agriculture et de l'agroalimentaire et de la Forêt.

ÉTABLISSEMENT PUBLIC LOCAL D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE AGRICOLES

LEGTA DE CROIX RIVAIL – CFAA DU FRANCOIS – CFPPA DU CARBET – CFPPA DE RIVIERE PILOTE

**CERTIFICAT MÉDICAL**

*À remplir par le Médecin traitant*

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, certifie que l'élève :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

- N'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse susceptible de nuire à autrui, et qu'il (elle) est apte à participer aux travaux pratiques agricoles.

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature et cachet du Médecin

**CERTIFICAT DE VACCINATION**

*(Joindre obligatoirement les photocopies du carnet de santé)*

BCG le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Résultat \_\_\_\_\_

IDR le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Résultat \_\_\_\_\_

Antidiphtérique  
 Tétanique  
 Polio (DTP)

} rappel le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_