



# Dossier médical



Collez ici une photo de l'interne	<b>L'interne :</b>
	Nom :
	Prénom :
	Groupe sanguin :
	<b>Médecin traitant :</b>
	Nom :
	Prénom :
	Adresse :
Téléphone :	

Personnes à prévenir en cas d'**urgence** + numéro de téléphone :

Nom, prénom :	Nom, prénom :
N° de tél. :	N° de tél. :
Lien de parenté ou autre :	Lien de parenté ou autre :
Nom, prénom :	Nom, prénom :
N° de tél. :	N° de tél. :
Lien de parenté ou autre :	Lien de parenté ou autre :

## **Attestation médicale à faire remplir par le médecin**

Je, soussigné, .....

certifie avoir examiné .....

**Ce/cette dernier/ère ne souffre d'aucune maladie contagieuse et que son état de santé lui permet de vivre en internat tout à fait normalement et sans risque pour la communauté scolaire.**

Fait à ....., le .....

<u>Cachet du médecin</u>
--------------------------

<u>Signature du médecin</u>
-----------------------------

**Nous vous conseillons de remplir le reste de ce dossier en collaboration avec votre médecin.**

L'interne peut-il participer aux **activités sportives** proposées par l'internat ?

Oui - Non. Si non, quelles sont les raisons éventuelles ? .....

.....

Y a-t-il des **données médicales spécifiques** importantes à connaître pour le bon fonctionnement de l'activité ? (Problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports,...) .....

.....

.....

Indiquez la **fréquence**, la **gravité** des troubles ou de l'affection et les **actions à mettre en œuvre** pour les éviter .....

.....

.....

L'interne est-il vacciné contre le **tétanos** ? Oui - Non.

Si oui, date du dernier rappel : .....

L'interne est-il **allergique** à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Oui - Non. Si oui, lesquels ? .....

.....

.....

Quelles en sont les **conséquences** ? Quelle **réaction** avoir ? .....

.....

.....

L'interne doit-il suivre un **régime alimentaire** ? Oui - Non.

Si oui, précisez : .....

.....

.....

***Nous vous rappelons qu'en ce qui concerne les régimes et/ou allergies alimentaires, un document rempli par un professionnel de la santé devra nous être fourni.***

L'interne a-t-il des **problèmes de sommeil** ? Oui - Non

L'interne souffre-t-il d'**énurésie** ? Oui - Non

L'interne souffre-t-il de **problèmes psychiques ou physiques** ? Oui - Non.

Si oui, précisez : .....

L'interne porte-t-il des **lunettes** ? Oui - Non.

L'interne porte-t-il un **appareil auditif** ? Oui - Non

L'interne prend-t-il des **médicaments** ? Oui - Non. Si oui, précisez lesquels, la posologie exacte et la durée du traitement. ....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Nous vous rappelons que notre établissement ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration des médicaments. Aucun éducateur ne donnera de médicaments à un interne sans prescription médicale signée par un médecin.**

Si l'interne est malade à la maison, nous vous demandons de prévenir l'internat. S'il est contagieux, nous vous demanderons un certificat médical afin qu'il puisse réintégrer l'internat.

Si l'interne est malade à l'internat, un responsable sera prévenu et aura l'obligation de venir le rechercher dans les plus brefs délais.

Je, soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Responsable légal de : .....

**Autorise la Direction du home d'accueil de la Communauté française de Pecq à prendre toutes les mesures indispensables en cas d'intervention chirurgicale urgente à pratiquer éventuellement.**

*Il est cependant entendu que, dans la mesure du possible, la Direction de l'établissement m'avertira préalablement.*

Fait à : ..... le .....

Signature :