



Dossier médical



Collez ici une photo de l'interne	L'interne :
	Nom :
	Prénom :
	Groupe sanguin :
	Médecin traitant :
	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 :