

CONFIDENTIEL

FICHE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

à destination exclusive du chef d'établissement

NOM : Prénom : Classe :

1 - Vos vaccinations obligatoires pour la pratique professionnelle en CAP PE et/ou APR sont-elles à jour ?

DTP OUI / NON*

Hépatite B OUI / NON*

Fournir copie du carnet de vaccination + certificat médical

2 – Avez-vous déjà été victime d'une maladie infectieuse, d'une plaie infectée, de lésions cutanées ou de diarrhées ?

OUI / NON*

Si oui, quoi ?

3 – Portez-vous un/des piercings ? si oui, ou ?

4 -- Portez-vous des tatouages ? si oui, ou ?

Commentaires : *Indiquez ci-après tout renseignement médical que vous jugez bon de porter à la connaissance du chef d'établissement.*

.....
.....
.....
.....
.....

*barrer la mention inutile.