**CR FSCF du GRAND EST - 27 rue des Juifs - 67000 STRASBOURG**

**DOCUMENT A REMPLIR EN INTEGRALITE**

**POUR LES STAGIAIRES**

**IL EST A APPORTER, REMPLI, LE 1ER JOUR DU STAGE**

**NOM – PRENOM DU STAGIAIRE :…………………………………………………….**

Je soussigné

-autorise le responsable du stage à prendre toutes les décisions qu’ils jugeront utiles en cas d’urgence

- m’engage à rembourser à l’organisateur tous les frais médicaux et annexes qui auraient été avancés.

N° de Sécurité Sociale (indiquer les 15 chiffres) …………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| VACCINATIONS | DATES |
| B.C.G. |  |
| D.T. POLIO |  |
| AUTRES |  |

**Allergies** (joindre un certificat LISIBLE de conduite à tenir établi par le médecin traitant) : ………………………………………………………………………………………………….………………………………..………………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………..

**Maladie, soins journaliers** (apporter le nécessaire)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………..

**Régime alimentaire particulier**:

………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….

**Précaution particulière à observer, antécédents pathologiques, autre** :

………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..

**EN CAS D’URGENCE PREVENIR :**

Nom-Prénom ………………………………………………………………………………. Lien de parenté :………………………….

Téléphone (fixe et/ou portable) : …………………………………………………………………………………………………………

Je soussigné déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date ……………………………………… Signature :