

## Contacts en cas d'urgence – Informations médicales

### Informations sur l'apprenti-e

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° portable : .....

Entreprise formatrice : .....

Profession : .....

### Personne à avertir en cas d'urgence

NOM : .....

Prénom : .....

Lien avec l'apprenti-e : .....

Répondant légal :  Oui  Non

N° portable : .....

N° tél privé : .....

N° tél pro : .....

### Si la personne indiquée précédemment n'est pas joignable, contacter :

NOM : .....

Prénom : .....

Lien avec l'apprenti(e) : .....

Répondant légal :  Oui  Non

N° portable : .....

N° tél privé : .....

N° tél pro : .....

### Santé

L'apprenti-e est-il/elle sous traitement médicamenteux ? .....

.....

Si oui, fournir un certificat médical avec effets secondaires du/des médicaments.

Souffre-t-il/elle d'allergie-s particulière-s ? .....

① Les informations indiquées sur ce formulaire seront uniquement utilisées en cas d'urgence médicale dans le cas où l'apprenti-e serait incapable de fournir lui/elle-même les informations au personnel médical.

① Ce formulaire sera traité de façon **strictement confidentielle**.

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(apprenti-e mineur)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'apprenti-e