

FICHE SANITAIRE DE LIAISON • VOYAGE SCOLAIRE

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de la remettre rapidement à l'enseignant. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable et, le cas échéant, aux services médicaux. Elle vous sera rendue à la fin du voyage.

CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE

Etablissement : _____
Classe : _____
Séjour du : _____ au : _____
Lieu du séjour : _____
Responsable : _____

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom de l'enfant : _____
Prénom : _____
Né(e) le : _____
à : _____
Garçon : Fille :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Ville : _____
Coordonnées téléphoniques du père | *Coordonnées téléphoniques de la mère*
Domicile : _____ Domicile : _____
Mobile : _____ Mobile : _____
Travail : _____ Travail : _____

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)

_____ | _____
_____ | _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

L'élève suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans ordonnance.

L'élève a-t-il des allergies ?
Asthme : OUI NON
Alimentaires : OUI NON
Médicamenteuses : OUI NON
Autres : _____

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

