

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.

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 : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Ville : _____
<i>Coordonnées téléphoniques du père</i>	<i>Coordonnées téléphoniques de la mère</i>
Domicile :	Domicile :
Mobile :	Mobile :
Travail :	Travail :
<i>Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)</i>	

Renseignements médicaux concernant l'élève
L'élève suit-il un traitement médical ? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments dans une enveloppe ainsi que votre autorisation* de prise de traitement lors du séjour (*doc disponible à l'infirmierie de votre collège). L'enveloppe sera récupérée au départ des cars par l'infirmière.
Nous vous rappelons qu'aucun traitement ne pourra être donné sans ordonnance (en dehors de ceux disponibles par l'infirmière (paracétamol, spasfon, carbosylane, strepsil, arnigel, arnica ch))
L'élève a-t-il des allergies ? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir , un PAI sera alors nécessaire (voir infirmière du collège) _____

N° de sécurité sociale : _____

Adresse de votre caisse d'Assurance maladie : _____

Maladies déjà contractées: scarlatine 0 ; rougeole 0 ; rubéole 0 ; oreillons 0 ; varicelle 0

Vaccins obligatoires

Dates des derniers rappels

Diphthéries/tétanos/polio

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

*Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...)*

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Docteur : _____ Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse : _____

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

*Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant _____
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : _____ Signature :

Attention : Evitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du voyage des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.