

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

Domicile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mobile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Travail : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mobile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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) :

ETAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, merci de **joindre un certificat médical de contre-indication**.
 Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

ETAT DES MALADIES ENFANTINES

L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigu		
Angine					

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.