

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.

Attention : évitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du voyage des extraits du carnet de santé

CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE

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

IDENTITE DE L'ELEVE

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ELEVE

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ELEVE

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 : OUI NON

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

ETAT DES VACCINATIONS**(SE REFERER AU CARNET DE SANTE ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ELEVE**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

ETAT DES MALADIES INFANTILES

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigü		
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 sur prescription médicale

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ELEVE

Docteur : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LEGAL

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 : _____