

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – VOYAGE SCOLAIRE

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable du séjour, et le cas échéant, aux services médicaux.

1. DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

2. IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : SEXE : M F

3. RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX) DE L'ÉLÈVE :

NOM (S): PRÉNOM (S) :
ADRESSE :
Coordonnées téléphoniques du père Coordonnées téléphoniques de la
: Domicile : mère: Domicile :
Mobile : Mobile :
Travail : Travail :

Autre(s) numéro(s) pouvant être joint(s) en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes) :

4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ELEVE :

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

Si **OUI**, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'élève et accompagnées de leur notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- L'élève a-t-il des allergies ?

ASTHME OUI - NON: MEDICAMENTEUSES: OUI - NON - AUTRES :
ALIMENTAIRES OUI - NON

Si OUI, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

- En cas de nécessité j'autorise la prise : SPASFON: OUI - NON
PARACETAMOL: OUI - NON

- **DATE DU DERNIER RAPPEL DTPolio** (p.92 du carnet de santé, type Infanrix®, Pentacoq®, Revaxis®) :

5. INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé (énurésie, maladie, accident, opérations...), en précisant les dates et les précautions à prendre :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ? OUI - NON
Si **OUI**, préciser :

6. NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

7. ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je, soussigné , responsable légal de l'enfant , déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :

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

Merci de joindre une photocopie des attestations de carte vitale et de mutuelle (ou autre prise en charge) sur lesquelles figure l'enfant.