**Fiche Médicale SEATTLE 2015 2016**

Nom et prénom de l’élève: .........................................................................................né(e) le .............................

Adresse actuelle RUE …………………………………………………

VILLE ………………………………………CODE POSTAL…………………………………………**FRANCE**

E-mail: Mère: ............................@......................................... Père: ............................@....................................

Tel. Fixe............................................ Tel. Portable Mère: ........................................ Père: ………....................

Tel portable Elève: (faire toujours +33 au lieu de 0)..............................................

Existe-t-il d’autres moyens de joindre rapidement les parents (Grands-parents, voisins, famille, etc.) ?

................................................................................................................................................................................

**Vaccinations**

Vaccination anti-tétanique oui / non Date:......................................... Vaccination Hépatite B oui / non

Vaccination Grippe A oui / non Date:.............................................Tetracoq oui/non BCG oui / non date

Allergie oui / non .(à quoi)............................................................. DT-polio oui / non

**Maladies (infantiles et autres)**

Diphtérie oui / non Tétanos oui/ non Varicelle oui / non Coqueluche oui / non Polio oui / non Rougeole oui / non Asthme oui / non

Otite oui / non Oreillons oui / non Rubéole oui / non Diabète oui / non Scarlatine oui / non

Autres oui / non Précisez: ................................................

**Opérations**

Appendicite oui / non Amygdales oui / non Dents de sagesse oui / non

**Autres opérations oui / non Précisez**: ..........................................................................................................

Régime Alimentaire Précisez: ................................................

Divers

(Ex; Fatigabilité, problèmes cardiaques, mauvaise vue, prothèse dentaire, évanouissements possibles, précautions à prendre, saignement de nez)

................................................................................................................................................................................

Problèmes articulaires

Tout autre problème possible même exceptionnel

Conseil au responsable ou réaction à avoir :

L’enfant suit-il un traitement médicamenteux ?

Si Oui, précisez les médicaments et la fréquence avec lesquels ils doivent être pris. L’ordonnance en français + anglais doit être jointe ; le minimum nécessaire doit être prévu dans l’avion (ordonnance jointe), hors boîte.

Je soussigné, ............................................................................................................, responsable de l’enfant (nom et prénom) ………………………………………………………………………………… l’autorise à participer à l’échange et au voyage *Nantes Seattle* San Francisco du 29 novembre au 18 décembre 2015, et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J’autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échant, toute mesure (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales), rendue nécessaire par l’état de l’enfant. Any decision in case of medical emergency can be taken by the responsibles of the group (C.BARDON/F.MOURAY) even to operate on my child with anesthesia in case of accident or disease.

A Nantes, le ......................................................

Signature des parents ou du responsable légal, précédée de la mention « Lu et approuvé pour autorisation parentale »

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………….. |  |
|  |  |