

**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.

**ORGANISATEUR DU VOYAGE**

**Etablissement :** Collège Les Mousseaux 239 boulevard Robert Ballanger 93420 VILLEPINTE (France)

**Séjour du :** 6 juin 2014 **au :** 13 juin 2014

**Lieu du séjour :** BERLIN (Allemagne)

**Responsables :** M. DUPONT et Mme GLORION

**IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE**

**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom :** .....

**Né(e) le :** .....

**à :** .....

**Garçon :**

**Fille :**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ÉLÈVE****RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PERE**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** ..... **Ville :** .....

**Coordonnées téléphoniques**

**Domicile :** ..... **Travail :** .....

**Mobile :** .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MERE**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** ..... **Ville :** .....

**Coordonnées téléphoniques**

**Domicile :** ..... **Travail :** .....

**Mobile :** .....

**Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)**

**Nom :** ..... **Tél :** .....

**Nom :** ..... **Tél :** .....

**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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

**Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : le vaccin antitétanique 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			Rougeole		
Varicelle			Oreillons		
Scarlatine			Coqueluche		
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-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?  
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies...)**

.....  
 .....

**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.**

Etabli le ..... / ..... / ..... à .....

Signature du responsable légal

**Attention :** Evitez de confier son carnet de santé à votre enfant. **Veillez joindre une photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé.**