

# Fiche sanitaire de liaison - voyage scolaire

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de la remettre avec le dossier d'inscription. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable et, le cas échéant, aux services médicaux.

Voyage	Elève
Etablissement :	Nom Prénom : <span style="float: right;">Sexe :</span>
Classe :	Né(e) le : <span style="float: right;">à :</span>
Séjour :	Si votre enfant a un téléphone portable lors du séjour :
Responsable :	

## Représentants légaux de l'élève

Perso	Perso
Mobile	Mobile
Travail	Travail
N° de Sécurité sociale et adresse du centre :	
<input type="text"/>	
Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes) :	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

## 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.**

## Nom et coordonnées du médecin traitant de l'élève

Docteur :

Téléphone :

Adresse :

### Renseignements médicaux concernant l'élève

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)

Il y a-t-il un régime alimentaire  OUI  NON

Il y a-t-il un PAI (protocole d'accueil individualisé)  OUI  NON

### Etat des vaccinations (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccination de l'élève)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeol	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
ou : DT-polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		autre :	
ou : Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		autre :	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		autre :	

### Informations et recommandations importantes

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé (énurésie, maladie, accidents, 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 ?

Date :

Signature :