



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON • VOYAGE SCOLAIRE

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de la remettre rapidement au professeur organisateur. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable du voyage et, le cas échéant, aux services médicaux.

## CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE

Etablissement : LE BON SAUVEUR

Classe : SECONDE

Séjour du : 7 au 9 Sept  
ou 14 au 16 Sept (selon classe)

Lieu du séjour : Saint Martin de Bréhal

Responsable : A GUESNON / V COPPIN

## IDENTITE DE L'ELEVE

Nom de l'enfant :

Prénom :

Né (e) le :

à :

Garçon

Fille

Tél portable de l'élève :

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ELEVE

Nom (s) :

Prénom (s) :

Adresse (s) :

### Coordonnées téléphoniques de chaque adulte exerçant l'autorité parentale

Qualité :  Père  Mère  Autre

Qualité :  Père  Mère  Autre

Domicile : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ELEVE

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

Si OUI, merci de joindre obligatoirement 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 REFERER AU CARNET DE SANTE ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ELEVE)**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (à 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**

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
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 -il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?  
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux, ...)***

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ELEVE**

Docteur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

**ENGAGEMENT DES RESPONSABLES LEGAUX**

Nous soussigné (s) \_\_\_\_\_ :

1- autorisons l'enfant \_\_\_\_\_  
à participer au séjour organisé par LE BON SAUVEUR du / / au / / à ,  
et à participer aux activités et sorties organisées durant son séjour.

2- nous engageons à rembourser LE BON SAUVEUR des frais médicaux, éventuellement avancés pour cet enfant, sur présentation des justificatifs.

**Fait à ..... le ..... Signature de chaque adulte exerçant l'autorité parentale précédée de la mention "lu et approuvé"**