

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 SEJOUR :

2. IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : ☐ M ☐ F

3. RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ELEVE :

NOM (S) : _____ PRENOM (S) : _____

ADRESSE : _____

Coordonnées téléphoniques du père :

Coordonnées téléphoniques de la mère :

Domicile : _____

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

ALIMENTAIRES ☐ OUI ☐ NON

AUTRES : _____

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

- 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'ELEVE

7. ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LEGAL

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 : Evitez 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.

Questionnaire pour le voyage scolaire

Identité de l'élève

Nom

Prénom

Date de naissance

MM/DD/YYYY



Adresse postale

Classe

Renseignements concernant l'élève

Problèmes de santé

Religion

Envoyer

Inscris-toi sur le réseau social FlipFlop !

Afin de pouvoir créer ton compte, et te recommander du contenu adapté à tes goûts, nous avons besoin de quelques informations sur toi.

Prénom

Nom

Adresse e-mail

Numéro de téléphone

Numéro de téléphone



Quels sont tes goûts musicaux ?

As-tu des allergies ? Si oui, lesquelles ?

Quelle est ta couleur de peau ?

Terminer