

FICHE SANITAIRE ET AUTORISATION DE DECHARGE PARENTALE

(ce document est gardé par le professeur responsable du séjour et sera traité avec discrétion).

1 – ELEVE

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M / F Date de naissance : _____

Groupe sanguin : _____ Nationalité : _____

2 – VACCINATIONS		
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTE´RIQUE – ANTITETANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE		
Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Du DT polio		/ /
Du DT coq		/ /
Du Tétracoq		/ /
D'une prise polio		/ /
RAPPELS		/ /

ANTITUBERCULEUSE (B.C.G.)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		VACCIN	DATES		VACCINS PRATIQUÉS
1 ^{er} VACCIN	/ /		1 ^{er} RAPPEL	/ /	
REVACCINATION	/ /		/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, incontinence)

	/ /
	/ /
	/ /

L'enfant peut-il participer à tous les sports ? oui non

Si, non, sport(s) au(x)quel(s) il/elle ne doit pas participer _____

Recommandations des parents – Traitements médicaux en cours :

(Joindre une photocopie de l'ordonnance)

- **Comportement émotionnel particulier :**
- **Régime Alimentaire particulier (allergies, interdits...) :**

(n'hésitez pas à communiquer oralement les renseignements que vous n'avez pas souhaité noter sur cette fiche).

Personne responsable de l'élève : (à joindre en cas d'urgence)

- **Nom :** _____
- **Prénom :** _____
- **Qualité :** (père – mère – tuteur...) _____
- **Adresse :** _____

- **N° tél :** domicile _____ portable : _____
: travail _____ adresse courriel : _____

- **N° Sécurité Sociale :** _____

Adresse du centre payeur : _____

- **Mutuelle :** _____

Adresse : _____

Je soussigné, responsable de (nom de l'élève) : _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'élève.

Date :

Signature :