

# 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. Elle vous sera rendue à la fin du voyage.

CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE
Etablissement : .....
Classe : .....
Séjour du : ..... au : .....
Lieu du séjour : .....
Responsable : .....

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE
Nom de l'enfant : .....
Prénom : .....
Né(e) le : .....
à : .....
Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Ville : .....
<i>Coordonnées téléphoniques du père</i>	<i>Coordonnées téléphoniques de la mère</i>
Domicile : .....	Domicile : .....
Mobile : .....	Mobile : .....
Travail : .....	Travail : .....
<i>Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)</i>	
.....	.....
.....	.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE	
<b>L'élève suit-il un traitement médical ?</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
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.)	
<b>Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans ordonnance.</b>	
<b>L'élève a-t-il des allergies ?</b>	Asthme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Alimentaires : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Médicamenteuses : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Autres : .....
Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :	
.....	
.....	

