

**FICHE SANITAIRE**  
**AUTORISATION DE DEPART**

Je soussigné(e) (nom et prénoms) : -----  
demeurant à -----  
agissant en qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de  
(nom et prénom de l'enfant) :-----  
déclare autoriser son départ en sortie scolaire avec nuitée(s)  
dans la structure : Abbaye des Guillemins à Walincourt-Selvigny du 07 au 09/04/2014 ou du 14 au 16/04/2014  
sous les conditions fixées par les enseignantes.

A -----, le -----  
Signature

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

- Organismes d'assurances dont dépend le responsable de l'enfant :
  - Caisse primaire de sécurité sociale :
    - désignation : -----
    - N° d'assuré : -----
  
  - Mutuelle :
    - désignation :-----
    - N° d'assuré :-----
    - Risques couverts :     Maladie OUI - NON  
                                  Chirurgie OUI -NON

- A qui téléphoner en cas d'urgence

Nom :	Prénom :
Tel travail	Domicile
Portable	
Nom :	Prénom :
Tel travail	Domicile
Portable	
Nom :	Prénom :
Tel travail	Domicile
Portable	

Poids de l'enfant :	
Vaccinations	
Nature	Dates
Diphthérie/tétanos/polio	
B.C.G	
coqueluche	

Au besoin, fournir un certificat de contre-indication vaccinale

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Médicaments et soins journaliers à donner à l'enfant : -----  
-----  
-----

Régimes éventuels : -----  
-----

PAI : oui/non

Certificat médical joint

Intolérance à certains aliments ou médicaments : -----  
-----

Propreté nocturne (merci de répondre très sincèrement) : -----

Autres renseignements : -----  
-----  
-----

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?

### AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom) : -----  
demeurant à : -----  
agissant en qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de  
(nom et prénom de l'enfant) : -----  
né(e) le ----- déclare

1/autoriser l'enseignant de la classe dont fait partie mon enfant à administrer un médicament, mettre une pommade en cas de douleurs ponctuelles ou de coups. (paracétamol, spafon, arnican )

2/ autoriser l'enseignant de la classe dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris, éventuellement, l'hospitalisation.

3/ avoir pris connaissances des dispositions ci-dessous mentionnées.

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

A -----, le -----  
Signature

**DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant  
..... autorise les enseignantes à prendre des photos de mon enfant qui  
pourront être affichées dans l'école ou diffusées sur les blogs.

Fait à ....., le .....

signature