

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON • CLASSE DE MER du 4 au 7 nov.

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 :	Ecole Saint Joseph
Classe :	CE1-CE2-CM1-CM2
Séjour du :	04/11/24 au : 07/11/24
Lieu du séjour :	ISO Les Sables d'Olonnes
Responsable :	Amaury Charlet

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>	
Domicile :	.....
Mobile :	.....
Travail :	.....
<i>Coordonnées téléphoniques de la mère</i>	
Domicile :	.....
Mobile :	.....
Travail :	.....
<i>Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)</i>	
.....	.....
.....	.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE	
L'élève suit-il un traitement médical ?	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>	
L'élève a-t-il des allergies ?	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) :	
.....	
.....	

ETAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (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 anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

ETAT DES MALADIES ENFANTINES

*L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?*

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-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?  
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...)*

---



---



---

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Docteur : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

*Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature :

**Attention :** Evitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du voyage des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.