

# FICHE MÉDICALE • 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.

CADRE À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE	IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE
<p>Etablissement : Collège Plaisance</p> <p>Classe : .....</p> <p>Séjour du : 12 mars au 18 mars 2018</p> <p>Lieu du séjour : Italie</p> <p>Responsable : Mme PERY</p>	<p>Nom: .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Né(e) le : .....</p> <p>à : .....</p> <p>Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/></p> <p>Téléphone du responsable légal : ..... .....</p> <p>N° Sécurité sociale et adresse du centre : ..... ..... .....</p>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE	
Date de rappel anti tétanique (DTP) :	
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).	
Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans ordonnance.	
Asthme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
L'élève a-t-il des allergies ? 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) :	
.....	
.....	

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)

.....  
.....

#### ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e), ..... 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 :

NB : Pour tout problème médical ou souci de santé particulier, nous vous conseillons de prendre  
rendez-vous avec Mme PERY de façon à expliquer la démarche à suivre et les précautions à prendre  
en cas de souci.