



Collège J.M.G LE Clézio
7, rue de l'Art Poétique
81310 Lisle sur Tarn
Tel : 05 31 81 96 80
0811340s@ac-toulouse.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON • VOYAGE SCOLAIRE

Séjour montagne du 29 Janvier au 02 février 2024

A compléter par le responsable légal
(Document à remettre au plus tard le 15 décembre 2023 dernier délai)

Identité de l'élève

Nom de l'enfant Prénom

Né (e) le A

☐ Garçon : ☐ Fille

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE

Coordonnées téléphoniques du père

Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Mobile : : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Mobile : : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Travail : : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Travail : : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)

Numéro sécurité sociale : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

L'élève suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

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.

L'élève a-t-il des allergies ? Asthme : ☐ oui ☐ non

Alimentaire : ☐ oui ☐ non

Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non

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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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					

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé (ou PAI ...) - énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

Votre enfant porte-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 : _____ et 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..