

## Fiche sanitaire

NOM & Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

NOM & Prénom du responsable légal : .....

Numéro de sécurité sociale du responsable légal : .....

Poids de l'enfant : ..... Taille de l'enfant : ..... Groupe sanguin de l'enfant : .....

Nom du médecin traitant : .....

Numéro de téléphone du médecin traitant : .....

Votre enfant est-il sujet à (cochez OUI ou NON et donnez des précisions si nécessaire) :

• évanouissements :  OUI  NON • asthme :  OUI  NON • saignements (de nez...) :  OUI  NON

• allergies :  OUI  NON - Si oui, à : .....

• autre : .....

Votre enfant présente-t-il un problème de santé particulier ?  OUI  NON - Si oui, précisez : .....

Votre enfant suit-t-il un traitement médical ?  OUI  NON - Si oui, joindre au moment du séjour une ordonnance récente, l'ensemble des médicaments dans leur boîte au nom de l'enfant, avec la notice).

Votre enfant a-t-il un PAI :  OUI  NON - Si oui, pour : .....

Votre enfant a-t-il un PAP / PPS :  OUI  NON - Si oui, pour : .....

Recommandations utiles (port de lunettes/lentilles, appareil dentaire/auditif, énurésie, comportement, etc.) :

**En cas d'urgence**, je soussigné(e) .....  
autorise mon enfant à se faire hospitaliser, à être transporté en ambulance ou par les pompiers et donne mon accord pour tout traitement recommandé par le personnel médical, y compris une intervention chirurgicale si c'est une nécessité dans l'intérêt de l'enfant.

*Date et signature des parents ou des tuteurs*

L'autorisation ne sera utilisée qu'en cas d'urgence. S'il survient un accident sans urgence, tout effort sera fait par l'encadrement pour contacter les parents en priorité. Pour cette raison, veuillez écrire ci-dessous votre adresse pendant toute la période du voyage, et les numéros de téléphone auxquels nous pouvons vous joindre jour et nuit.

**Responsable 1** (précisez  père  mère  tuteur  autre : .....

Nom et prénom : .....

Téléphone personnel : ..... Domicile : .....

Adresse mail : .....

Téléphone professionnel, horaires : .....

.....

**Responsable 2** (précisez  père  mère  tuteur  autre : .....

Nom et prénom : .....

Téléphone personnel : ..... Domicile : .....

Adresse mail : .....

Téléphone professionnel, horaires : .....

.....

**Autre personne à prévenir en cas de besoin** (précisez  père  mère  tuteur  autre : .....

Nom et prénom : .....

Téléphone personnel : ..... Domicile : .....

Adresse mail : .....

Téléphone professionnel, horaires : .....

.....

Si d'autres informations vous semblent nécessaires pour la surveillance de votre enfant, veuillez les inscrire ci-dessous ou les transmettre sous pli confidentiel lors de la réunion d'information précédant le départ :

.....

.....

.....

.....