

Fiche médicale – Voyage scolaire

Merci de remplir cette fiche, puis de la remettre rapidement à l'enseignant d'EPS de votre enfant. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable et le cas échéant aux services médicaux.

RESPONSABLES DU VOYAGE	
Établissement :	Collège Jean Amans La Coste Vieille 12290 Pont de Salars Tél : 05 65 46 85 69
Classe :	5èmes
Séjour du :	25 au 29 mars
Lieu du séjour :	Centre PEP 12 rue de la Vignole 66760 Enveitg
Responsables :	M. Marre Mme Boissonnade M. Drouin

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE	
Nom :	
Prénom :	
Né(e) le :	
À :	
Garçon ☐	Fille ☐
Téléphone(s) du responsable légal :	
Domicile :	
Portable :	
Travail :	
N° sécurité sociale et adresse du centre :	
.....	
.....	
.....	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE													
Date de rappel anti-tétanique (DTP) :													
L'élève suit-il un traitement médical ?													
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 ?	<table border="0"> <tr> <td>Asthme</td> <td>OUI ☐</td> <td>NON ☐</td> </tr> <tr> <td>Alimentaires</td> <td>OUI ☐</td> <td>NON ☐</td> </tr> <tr> <td>Médicamenteuses</td> <td>OUI ☐</td> <td>NON ☐</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>	Asthme	OUI ☐	NON ☐	Alimentaires	OUI ☐	NON ☐	Médicamenteuses	OUI ☐	NON ☐	Autres		
Asthme	OUI ☐	NON ☐											
Alimentaires	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) :													
.....													
.....													

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. Signature : Date :