

## FICHE SANITAIRE ET AUTORISATION DE DECHARGE PARENTALE

(ce document est gardé par le professeur responsable du séjour et sera traité avec discrétion).

### 1 – ELEVE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M / F Date de naissance : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

### 2 – VACCINATIONS

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

| Précisez s'il s'agit : | VACCINS PRATIQUÉS | DATES |
|------------------------|-------------------|-------|
| Du DT polio            |                   | / /   |
| Du DT coq              |                   | / /   |
| Du Tétracoq            |                   | / /   |
| D'une prise polio      |                   | / /   |
| RAPPELS                |                   | / /   |

| ANTITUBERCULEUSE (B.C.G.) |       | ANTIVARIOLIQUE         |       | AUTRES VACCINS    |       |
|---------------------------|-------|------------------------|-------|-------------------|-------|
|                           | DATES |                        | DATES | VACCINS PRATIQUÉS | DATES |
| 1 <sup>er</sup> VACCIN    | / /   | VACCIN                 | / /   |                   | / /   |
| REVACCINATION             | / /   | 1 <sup>er</sup> RAPPEL | / /   |                   | / /   |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? \_\_\_\_\_

| INJECTIONS DE SERUM | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
|                     |        | / /   |
|                     |        | / /   |

### 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| RUBÉOLE<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ANGINES<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | RHUMATISMES<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | OTITES<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>    | ASTHME<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>  | ROUGEOLE<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>    | OREILLONS<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>  |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, incontinence)

|  |     |
|--|-----|
|  | / / |
|  | / / |
|  | / / |

L'enfant peut-il participer à tous les sports ?  oui  non

Si, non, sport(s) au(x)quel(s) il/elle ne doit pas participer \_\_\_\_\_

**Recommandations des parents – Traitements médicaux en cours :**

*(Joindre une photocopie de l'ordonnance)*

- **Comportement émotionnel particulier :**
- **Régime Alimentaire particulier (allergies, interdits...) :**

---

---

---

---

---

*(n'hésitez pas à communiquer oralement les renseignements que vous n'avez pas souhaité noter sur cette fiche).*

**Personne responsable de l'élève : (à joindre en cas d'urgence)**

- **Nom :** \_\_\_\_\_
- **Prénom :** \_\_\_\_\_
- **Qualité :** (père – mère – tuteur...) \_\_\_\_\_
- **Adresse :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **N° tél : domicile** \_\_\_\_\_ **portable :** \_\_\_\_\_  
**: travail** \_\_\_\_\_ **adresse courriel :** \_\_\_\_\_

- **N° Sécurité Sociale :** \_\_\_\_\_

**Adresse du centre payeur :** \_\_\_\_\_

- **Mutuelle :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Je soussigné, responsable de (nom de l'élève) :** \_\_\_\_\_

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'élève.

Date :

Signature :