

Collège Saint-Victrice

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
à transmettre avant le 6 Février aux professeurs d'EPS

Pour le séjour du 8 mars au 13 mars 2015 à Thollon les Mémises

Nom: _____ **Prénom:** _____ **Classe:** _____

Date de naissance: / /

1/Vaccinations

Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccinations recommandées	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DTPolio				Autres (préciser)	
Ou tétracoq					
BCG					

SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2/Renseignements concernant votre enfant:

– Suit-il un traitement pendant le séjour ? Oui – Non

Si oui, **joindre l'ordonnance** et les **médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant)**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Tous les médicaments seront remis aux professeurs dès l'arrivée au chalet.

- (chaque famille doit prévoir en cas de maux de tête, maux de ventre ou règles douloureuses, les médicaments nécessaires avec un mot parental autorisant son enfant à gérer sous le contrôle des professeurs le traitement en cas de nécessité)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

.....
.....

2b / ALLERGIES

– Asthme Oui – Non

– Allergies alimentaires diagnostiquées Oui – Non Lesquelles:

– Allergies médicamenteuses Oui - Non Lesquelles:.....

– allergies autres Oui – Non Lesquelles:.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

3/Recommandations utiles des parents: (Enurésie nocturne, port de lunettes, lentilles, appareils dentaires ou auditifs, difficultés de sommeil, comportement de l'enfant)

.....
.....
.....

4/Responsable du mineur durant la semaine de séjour :

Nom: _____ **Prénom:** _____

Adresse : _____

Téléphone(s) avec lequel (lesquels) vous joindre en cas de besoin sur le temps du séjour :

.....
.....

N° sécurité sociale (dont dépend l'enfant).....

Nom et Numéro de votre mutuelle:.....

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
- J'autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise le transport en voiture particulière en cas de besoin.
- J'autorise également, si nécessaire, M. Pichou ou Mme Baudrillard, responsables du séjour, à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date: _____ **Signature du responsable légal, des parents**