

**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**

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

**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**