

FICHE SANITAIRE SORTIES ET VOYAGES SCOLAIRES

L'élève :

NOM Prénom(s)
né(e) le àDép. :.....
sexe :
taille : poids

Personne en charge de l'enfant :

NOM Prénom
Adresse du domicile
Commune :

Père <input type="radio"/>	Tuteur <input type="radio"/>	mère <input type="radio"/>	tutrice <input type="radio"/>
Téléphone :		Téléphone :	
Domicile :		Domicile :	
Portable :		Portable :	
Travail :		Travail :	

SANTE – ASSURANCE

N° SECURITE SOCIALE :

Nom et adresse de la caisse :

COMPLEMENTAIRE SANTE (mutuelle) :

CompagnieN°contrat

Si vous bénéficiez d'un autre système de prise en charge, fournir impérativement les documents à utiliser en particulier pour les enfants bénéficiant de la C.M.U.

RESPONSABILITE CIVILE Individuelle accident :

Compagnie..... N° contrat

Les frais médicaux éventuellement nécessaires sont à la charge de la famille. Celle-ci se fera rembourser par sa caisse de sécurité sociale et sa mutuelle.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : (1)Rayez les mentions inutiles

A-t-il eu les maladies suivantes (1)

VARICELLE		ANGINE		SCARLATINE		OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS		RUBEOLE		ASTHME	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non

A-t-il déjà présenté des allergies (1) :

ALIMENTAIRE		MEDICAMENTEUSE		ASTHME		AUTRE	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non

Si oui précisez la cause de l'allergie, les conséquences possibles (asthme, urticaire, œdème de Quincke, boutons, eczéma,...) et la conduite à tenir (automédication à signaler)

.....

A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladie, accident, (les indiquer en précisant la date)

.....

Précautions à prendre : par rapport aux difficultés de santé signalées

.....

Suit-il un régime alimentaire ? Veuillez préciser les aliments à proscrire

.....

Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour la scolarité (1): OUI NON Si oui fournir la photocopie

AUTRES RECOMMANDATIONS DES PARENTS (port de lunettes, appareil dentaire, etc.)

.....

VACCINATIONS :

VACCINS obligatoire	oui	non	DATES derniers rappels	VACCINS recommandés	DATES
Diptherie				Hépathite B	
Tétanos				ROR	
Polyomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres à préciser	
ou Tetracoq					
BCG					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

DECLARATION PARENTALE

Je soussigné(e),
mère/père/responsable légal de
l'enfant.....
en classe

- déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire ci-dessus et autorise le responsable du séjours à rendre, en cas d'urgence, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- m'engage à informer par écrit le responsable du voyage de toute modification pouvant intervenir avant le départ
- m'engage à signaler **tout traitement médical** en cours en fournissant une ordonnance en vigueur contenant le(s) nom(s) des médicaments, leur posologie ainsi que des indications précises d'administration.
- autorise mon enfant de prendre **les médicaments de confort** suivants en cas de besoin et confirme avoir expliqué à mon enfant la posologie et l'utilisation de ces médicaments
Ces médicaments doivent être fournis dans un sachet en plastique **accompagnés d'une ordonnance précisant la posologie**

	cochez
COCCULINE	obligatoire
antidouleur (Doliprane)	
antispasmodique(Spasfon)	
antidiarrhée (Immodium)	
antinausée (vogalène)	
autre (préciser)	

- confirme avoir pris connaissance du règlement qui interdit aux enseignants d'administrer des médicaments

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
Toute prise de médicaments doit être systématiquement signalée aux accompagnateurs.

Date et SINATURE du responsable légal

VOYAGE en Autriche/Bavière du 2 au 7 avril 2013

DECLARATION SUR HONNEUR
Sortie du territoire français

" Je, soussigné M./Mmeresponsable légal de
l'élève de la classe de
au collège de Saint-Cyr-sur-Mer, atteste sur l'honneur que cet enfant est :

- de nationalité française

- ne fait l'objet d'aucune opposition de sortie du territoire ou d'interdiction de sortie du territoire décidée
par le Juge aux Affaires Familiales ou par le juge des enfants."

Date et la signature.

VOYAGE en Autriche/Bavière du 2 au 7 avril 2013

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M / Mme _____

père/mère/responsable légal de l'enfant _____ en classe _____
avoir pris connaissance du règlement relatif à l'organisation du voyage

Je déclare (cochez votre choix)

autoriser mon enfant à circuler librement lors des temps libres prévues pendant les
visites

souhaiter que mon enfant reste en compagnie des enseignants

INFORMATION :

Pendant les temps libres les élèves doivent se déplacer en groupe (min. 3 élèves) dans un temps et
espace limités préalablement par les accompagnateurs. Le non-respect des consignes fait objet d'une
punition/sanction.

Date et signature précédées de « Lu et approuvé »

