

TRANSALP

Programme de mobilité individuelle de moyenne durée en réciprocité

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de la remettre rapidement à l'enseignant.

Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable et, le cas échéant, aux services médicaux.

Elle vous sera rendue à la fin du voyage.

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom de l'enfant :	Prénom :
Né(e) le :	à :
Garçon : <input type="checkbox"/>	Fille : <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MOBILITE INDIVIDUELLE

Etablissement :	
Classe :	
Séjour	DU : AU :
Lieu du séjour :	
Responsable :	

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE

Nom :	Prénom :
Adresse :	Code postal, Ville :
Coordonnées téléphoniques du père Domicile : Mobile :	Coordonnées téléphoniques de la mère Domicile : Mobile :
Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes) : - --	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

L'élève suit-il un traitement médical ? OUI NON

*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 ?

Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres : OUI

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler)
:
.....

ETAT DES VACCINATIONS

(SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

*Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, merci de **joindre un certificat médical de contre-indication**.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.*

ETAT DES MALADIES INFANTILES

L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigü		
Angine					

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-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?

Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...)

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

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Docteur :	Téléphone :
Adresse :	

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné, _____, 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.

Date :

Signature :

Attention : Evitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du voyage des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.

Dossier à retourner à :
DAREIC, RECTORAT D'AIX MARSEILLE, Place Lucien Paye 13621 AIX EN PROVENCE