

## 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*

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

#### *RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MOBILITE INDIVIDUELLE*

<b>Etablissement :</b>	
<b>Classe :</b>	
<b>Séjour</b>	<b>DU :</b> <b>AU :</b>
<b>Lieu du séjour :</b>	
<b>Responsable :</b>	

## ***RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE***

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
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)***

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>DATES</b>
Diphthérie				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