

FICHE SANITAIRE ET AUTORISATION DE DECHARGE PARENTALE

(Ce document est gardé par le professeur responsable du séjour et sera traité avec discrétion).

1 – ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M / F Date de naissance : _____

Groupe sanguin : _____ Nationalité : _____

2 – VACCINATIONS

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTHÉRIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Du DT polio		/ /
Du DT coq		/ /
Du Tétracoq		/ /
D'une prise polio		/ /
RAPPELS		/ /

ANTITUBERCULEUSE (B.C.G.)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 ^{er} VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, incontinence)

	/ /
	/ /
	/ /

L'enfant peut-il participer à tous les sports ? oui non

Si, non, sport(s) au(x)quel(s) il/elle ne doit pas participer _____

Recommandations des parents – Traitements médicaux en cours :

(Joindre une photocopie de l'ordonnance)

– Comportement émotionnel particulier :

- Régime Alimentaire particulier (allergies,...)

- Interdits alimentaires (Sans porc,...)

(n'hésitez pas à communiquer oralement les renseignements que vous n'avez pas souhaité noter sur cette fiche).

Personne responsable de l'élève : (à joindre en cas d'urgence)

- **Nom :** _____
- **Prénom :** _____
- **Qualité : (père – mère – tuteur...)** _____
- **Adresse :** _____

- **N° tél : domicile** _____ **portable :** _____
: travail _____ **adresse courriel :** _____
- **N° Contrat d'assurance :** _____
- **Nom de la Compagnie :** _____
- **N° D'urgence 24h/24h :** _____

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Je soussigné, responsable de (nom de l'élève) : _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'élève.

Date :

Signature :