

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON • VOYAGE SCOLAIRE

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.

### CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE

Etablissement : .....

Classe : .....

Séjour du : ..... au : .....

Lieu du séjour : .....

Responsable : .....

### IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

à : .....

Garçon : ☐

Fille : ☐

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Ville : .....

#### Coordonnées téléphoniques du père

Domicile : .....

Mobile : .....

Travail : .....

#### Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile : .....

Mobile : .....

Travail : .....

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 : .....

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                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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 ENFANTINES

*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 aigu |     |     |
| 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.