

## Fiche sanitaire de liaison

Dates du séjour :

Lieu du séjour :

Nom de l'élève :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille



**ASSOMPTION  
SAINTE CLOTILDE  
BORDEAUX**

### I. Renseignements concernant le(s) responsable(s) légal (aux) de l'élève

Coordonnées responsable 1 : Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

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

Coordonnées téléphoniques : Mobile ..... Travail .....

Coordonnées responsable 2 : Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

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

Coordonnées téléphoniques : Mobile ..... Travail .....

AUTRES :

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

### II. Renseignements médicaux concernant l'élève

Allergies connues (Alimentaires, médicamenteuses, autres) : OUI  NON

Précisez : .....

Maladies connues : Diabète : OUI  NON

Asthme : OUI  NON

Autre (Epilepsie, spasmophilie...) : .....

Votre enfant 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, marqués au nom de l'enfant accompagné de leur notice)

Si votre enfant bénéficie d'un PAI, seul le document PAI sera transmis par l'infirmière.

Le traitement de l'infirmier ne voyageant pas, il faudra donc penser à donner les médicaments au responsable du voyage avant le départ.

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE A L'ELEVE SANS ORDONNANCE**

Si vous avez des questions par rapport au traitement ou à la prise en charge vous pouvez envoyer un mail à : [infirmierie@assomption-bordeaux.com](mailto:infirmierie@assomption-bordeaux.com)

## Etat des vaccinations

**Date du dernier DTP** (*Rappel obligatoire tout les 5 ans*) :

*Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

## Antécédents de maladies infantiles

Maladie	OUI	NON	Maladie	OUI	NON
Rubéole			Otite		
Coqueluche			Angine		
Varicelle			Rougeole		
Rhumatisme articulaire aigu			Oreillons		
			Appendicite		
Scarlatine			Asthme		

## III. Informations et recommandations importantes

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou les difficultés de santé (énurésie, maladies, accidents, crises convulsives, intervention chirurgicale, autres...) **en précisant les dates et les précautions à prendre.**

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre jeune porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires... précisez.

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

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LES MEMBRES DE LA FAMILLE :

Je, soussigné, ..... responsable  
légal de l'enfant....., déclare exacts les  
renseignements portés sur la fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes  
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie) rendues nécessaires  
par l'état de santé de mon enfant.

Date : .....

Signature :