

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

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 :