



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Programme LyonShanghai 2017-2018

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de la remettre rapidement au professeur référent.

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

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MOBILITE INDIVIDUELLE

Etablissement :	
Classe :	
Séjour	Du au
Lieu du séjour :	
Responsable :	

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE

Nom :	Prénom :
Adresse :	Code postal, Ville :
Coordonnées téléphoniques du père • Domicile : • Mobile :	Coordonnées 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 <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Alimentaires :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler)

ÉTAT 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				ROR	
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.

ÉTAT DES MALADIES INFANTILES

L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Oreillons		
Coqueluche		
Rougeole		
Scarlatine		

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(e),....., 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 : Évitez 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.