

FICHE MEDICALE DE VOYAGE

IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : _____ PRENOM : _____ CLASSE : _____

Né(e) : _____ à : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ELEVE :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

COORDONEES TELEPHONIQUES DU PERE :

COORDONEES TELEPHONIQUES DE LA MERE :

DOMICILE : _____

DOMICILE : _____

MOBILE : _____

MOBILE : _____

TRAVAIL : _____

TRAVAIL : _____

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (Indiquer le nom des personnes)

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ELEVE

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

Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaire : OUI NON

Autres : _____

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

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LEGAL

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 : _____