

Questionnaire santé

Voyage scolaire en Lozère Du lundi 28 avril au vendredi 2 mai 2025

Nom : Prénom : Classe : Date de naissance :

Téléphones des responsables légaux :

Père.....

Mère.....

Autres (précisez) :

1- Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier (sans viande, sans porc, allergies, autre...) ? Si oui, précisez lequel :

.....

2-Votre enfant a-t-il un problème de santé ? Si oui, lequel ?

.....

.....

3- Votre enfant a-t-il un traitement médicamenteux particulier ? Si oui, lequel ?

.....

.....

4-Votre enfant a-t-il un PAI ?

.....

5- Y'a-t-il d'autres informations concernant votre enfant dont vous souhaiteriez nous faire part dans le cadre du voyage ?

.....

.....

.....

En cas de traitement médical hors PAI, il faudra nous fournir au moment du départ une petite pochette avec le nom et prénom de votre enfant comprenant le traitement et l'ordonnance sans quoi votre enfant ne pourrait pas prendre son traitement.

Je soussigné(e), M - Mme père - mère - responsable légal (rayer la mention inutile) demeurant à

- Autorise les professeurs encadrant le voyage à prendre toutes les dispositions qu'ils jugeraient utile, en cas d'urgence**, pour mon enfant, lors de son séjour à Saint-Rome de Dolan, qui se déroulera du 28 avril au 2 mai 2025 inclus.
- Autorise que mon enfant puisse subir une intervention chirurgicale en cas de nécessité.**

Nom :

Signature :