

FICHE MEDICALE

À REMPLIR PAR L'ORGANISATEUR

Etablissement : Lycée Fragonard
Classe :
Séjour du : au
Lieu du séjour :
Organisateur :

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom :
Prénom :
Né(e) le :
Garçon : ☐ Fille : ☐

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, au nom de l'enfant et accompagnées de leurs notices).

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans ordonnance.

L'élève a-t-il des allergies ?
(Joindre le PAI)

Asthme : OUI ☐ NON ☐
Alimentaires : ☐ ☐
Médicamenteuses : ☐ ☐
Autres :

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

.....
.....

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre :

.....
.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier :

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

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 mon enfant.

Date :

Signature :