

FICHE MEDICALE

À REMPLIR PAR L'ORGANISATEUR	IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE
Etablissement : Lycée Fragonard	Nom :
Classe :	Prénom :
Séjour du : au	Né(e) le :
Lieu du séjour :	
Organisateur :	Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE		
L'élève suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Alimentaires : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Médicamenteuses : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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 :