

FICHE SANITAIRE (doc. n°3)

NOM : PRENOM : CLASSE :
 Date de naissance : / / FILLE GARÇON
 Téléphone domicile :
 Téléphone père : Téléphone mère :

Taille : Pointure : Tour de tête (pour casque) :

Niveau de ski (**déjà acquis**): Débutant Flocon 1^{ère} étoile 2^{ème} étoile 3^{ème} étoile et plus

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant : elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

VACCINATIONS

Compléter le tableau ci-dessous à l'aide du carnet de santé ou des certificats de vaccination de votre enfant

Ou

Joindre les photocopies des pages du carnet de santé mentionnant les dates des vaccins précisés ci-dessous.

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Coordonnées du médecin traitant de votre enfant :

Nom : Téléphone :

Traitement médical de longue durée :

Votre enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants.

Pour les élèves ayant un PAI, nous le prendrons auprès de l'infirmier avant de partir.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

Allergies :

Asthme	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Alimentaires	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autres	<input type="checkbox"/> Préciser :	

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

Information complémentaire dont vous souhaiteriez nous faire part :

Je soussigné,, père, mère ou responsable de l'élève
 classe de autorise les professeurs chargés de l'encadrement du
 séjour au **MONT-SAXONNEX** à hospitaliser mon enfant et à prendre toutes les dispositions nécessaires tant au
 niveau médical que chirurgical le cas échéant.

N° de sécurité sociale du responsable :

Assurance scolaire et N° contrat:

A , le / /

Signature du responsable légal