

Fiche sanitaire de liaison – Voyage scolaire

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche. Elle doit être remise à l'enseignant responsable du voyage à la date qu'il vous fixera. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement aux encadrants du voyage et, le cas échéant aux services médicaux. Elle sera rendue à votre enfant à la fin du voyage.

Ne pas confier votre carnet de santé à votre enfant. Si vous le jugez nécessaire vous pouvez transmettre des extraits du carnet de santé (photocopies que vous pouvez réaliser au collège).

Informations concernant le voyage

Date : du lundi 22 juin au vendredi 26 juin 2026

Lieu : séjour à SANTEC (29)

Identité de l'élève

Nom de l'élève :

Prénom :

Garçon ☐

Fille ☐

Date de naissance :

Renseignements concernant le-s responsable-e légal-aux

Responsable préférentiel

Nom :

Prénom :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques du père

Domicile :

Mobile :

Travail :

Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile :

Mobile :

Travail :

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes et le lien de parenté ou autre)

Renseignement médicaux concernant l'élève

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? OUI NON

Votre enfant suit-il un traitement médical (autre que celui qui pourrait être signalé dans le PAI, le cas échéant) ? OUI NON

Si OUI ? vous devez joindre une 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).

Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il des allergies ? Asthme

: OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres : OUI NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir avec un certificat médical à l'appui :

Date du dernier rappel DTPolio :

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé (énurésie, maladie, accident, opérations...) en indiquant les dates et les précautions à prendre (certificat médical à l'appui si possible)

Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?

Précisez si votre enfant est astreint à un régime alimentaire particulier sur prescription médicale (joindre la prescription)

Nom et coordonnées du médecin traitant de l'élève

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Autorisation de soins et d'hospitalisation

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant :

- ☐ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- ☐ autorise les encadrants du voyage à administrer les traitements mentionnés sur cette fiche
- ☐ autorise les encadrants du voyage à faire dispenser à mon enfant tous les soins médicaux rendus nécessaires par son état de santé durant le séjour
- ☐ autorise, en cas d'urgence absolue, le médecin régulateur ou le chirurgien de l'hôpital à prendre la décision de pratiquer une intervention chirurgicale ou d'administrer des soins d'urgence.

Fait à _____, le ____ / ____ / 2026

Signature du représentant légal (précédée de la mention manuscrite : « Lu et approuvé »).