



Ecole Notre Dame des Victoires-Guidel

Voyage en Normandie

FICHE SANITAIRE de LIAISON

et autorisation parentale

Enfant

Nom :	Prénom :	Né(e) le :
-------	----------	------------

Vaccinations (à compléter à partir du carnet de santé de l'enfant)

Descriptif	Nom du vaccin	Date du dernier rappel
Diphtérie+Tétanos+Coqueluche+Polio	<input type="radio"/> Infanrix <input type="radio"/> Boostrix <input type="radio"/> Repevax <input type="radio"/> Tetravac <input type="radio"/>	
Ou Diphtérie+Tétanos+Polio	<input type="radio"/> DT Polio <input type="radio"/> Revaxis	
Ou Tétanos seul	<input type="radio"/> Tetavax	
Ou Polio seul	<input type="radio"/> Imovax polio...	
Tuberculose	<input type="radio"/> BCG <input type="radio"/> Monovax...	
Hépatite B	<input type="radio"/> Engérix <input type="radio"/> Genhevac <input type="radio"/> HBVax...	
Rougeole-oreillons-rubéole	<input type="radio"/> ROR <input type="radio"/> Priorix	

Renseignements médicaux divers

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (*)

Rubéole	Oui	Non	Coqueluche	Oui	Non
Varicelle	Oui	Non	Otite	Oui	Non
Angine	Oui	Non	Asthme	Oui	Non
Rhumatismes	Oui	Non	Rougeole	Oui	Non
Scarlatine	Oui	Non	Oreillons	Oui	Non

Voir verso SVP



Ecole Notre Dame des Victoires-Guidel

Quel est son groupe sanguin (si possible) ? _____

Poids approximatif de l'enfant : -----

Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, etc...)

Difficultés de santé	Dates

Actuellement et pendant le séjour, votre enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, lequel : _____

Dans ce cas, vous fournirez l'ordonnance du médecin à l'infirmière lors du départ, dans une trousse fermée au nom de l'enfant

Votre enfant est-il atteint d'énurésie ? Oui Non

Si oui est-ce Régulièrement Occasionnellement

Si votre enfant est du sexe féminin, est-elle réglée ? Oui Non

Responsable de l'enfant

Nom :	Prénom :
Adresse :	
N° Sécurité Sociale :	N° de téléphone :
Nom et numéro de mutuelle	
Je, soussigné(e), responsable de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche, <input type="checkbox"/> autorise mon enfant à participer au voyage en Normandie du 26 avril au 28 avril 2017 <input type="checkbox"/> autorise les responsables du séjour à administrer les médicaments nécessaires à mon enfant <input type="checkbox"/> autorise les responsables du séjour à prendre toutes les décisions pour des soins, pour une hospitalisation, pour une anesthésie, pour une intervention chirurgicale en cas de nécessité constatée par un médecin et rendues nécessaires par l'état de mon enfant.	
Date :	Signature :