

FICHE SANITAIRE DE LIAISON VOYAGE SCOLAIRE

VOYAGE ADUAU.....20...

Nom du professeur référent :

Nom de l'élève : Prénom de l'élève :

Sexe :.... .. Classe fréquentée : Date de naissance :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

Nom de l'assurance : N° :

Personne (s) à prévenir, en cas de problèmes : : **(merci d'indiquer plusieurs personnes référentes)**

Nom et Prénom	Lien de parenté	N° de Téléphone

Problèmes de santé ? (pathologies, allergies, antécédents médicaux, énurésie, etc.....) que vous jugerez utile de signaler :

.....

➤ Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) année scolaire en cours ? **OUI – NON**

Si OUI, l'élève devra se munir de son protocole ainsi que de son traitement.

➤ Prise de médicaments ponctuelle à prendre sur le temps du voyage scolaire (**hors PAI**) **OUI – NON**

Si OUI, l'élève devra être porteur d'une ordonnance datant de moins de 6 mois, du traitement correspondant ainsi que l'autorisation parentale pour la délivrance du traitement par l'adulte référent.

Dans tous les cas, Le traitement sera confié à l'adulte référent le temps du voyage scolaire

Ce document n'est pas confidentiel. Il doit permettre de donner les renseignements nécessaires à la bonne prise en charge sanitaire de l'élève au cours de son séjour.

NB. Un adulte ne pourra, en aucun cas, s'autoriser à donner un médicament sans une autorisation parentale signée et/ou une prescription médicale.

Si le voyage est prévu hors de France, merci de fournir une ordonnance internationale (DCI)

Les parents s'engagent à rembourser les frais médicaux engagés

Date :

Nom et signature du ou des responsables légaux :