

## FICHE N° 5 - FICHE SANITAIRE DE L'ÉLÈVE

(A REMPLIR PAR L'ÉLÈVE ET SA FAMILLE)

LIEU DE SÉJOUR : ..... DATE DE SÉJOUR : .....

<b>L'élève</b>	
NOM : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Sexe : Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

<b>LES VACCINATIONS</b>	
(se référer au carnet de santé)	
Dates des rappels des vaccins obligatoires :	
<input type="checkbox"/> BCG : .....	
<input type="checkbox"/> DT POLYO : .....	
<input type="checkbox"/> ou TETRACOQ : .....	
<input type="checkbox"/> ou PENTACQ : .....	
Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.	
Vaccins recommandés :	
<input type="checkbox"/> Hépatite B.....	
<input type="checkbox"/> Rubéole – Oreillons – Rougeole.....	

<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b>								
L'élève suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice.								
L'élève a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?								
Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

<b>ALLERGIES</b>
------------------

Asthme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Allergies médicamenteuses : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres :..... .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

**RECOMMANDATIONS DU RESPONSABLE LÉGAL**

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI  NON

Si oui, précisez lequel et quelles en sont les raisons :

.....

.....

Veuillez préciser les difficultés de santé de l'enfant (maladies, accidents, hospitalisation, opération, problèmes)

.....

.....

**RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE**

NOM : ..... Prénom :.....

Adresse :.....  
.....

Téléphone fixe :..... Téléphone portable :.....

Téléphone fixe travail :.....

NOM et téléphone du médecin traitant en France :.....  
.....

Je, soussigné(e) ..... responsable légal de l'élève (ou l'élève majeur), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'élève.

Date :..... Signature : .....