



**FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE**

Voyage : .....

Date(s) : .....

**Identité de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Né(e) le .....

Adresse : rue ..... n° ..... bte .....

Code postal ..... Localité .....

N° de téléphone de l'enfant ..... / .....

**Personne à contacter en cas d'urgence :**

**1. Nom :** ..... **Lien de parenté :** .....

Adresse .....

Tél. .... / .....

**2. Nom :** ..... **Lien de parenté :** .....

Adresse .....

Tél. .... / .....

**Médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse .....

Tél. .... / .....

**INFORMATIONS MEDICALES**

**L'enfant est-il atteint de (cochez) :**

Diabète       Asthme       Allergie       Somnambulisme       Affection cardiaque

Affection cutanée       Epilepsie       Handicap moteur       Autre : .....

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales qu'a dû subir le participant ? (+ années respectives) ?  
(rougeole, appendicite...)

.....  
.....

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos + date du dernier rappel :

.....

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? Oui – Non

Si oui, lesquels ?

.....

Quelles en sont les conséquences ?

.....

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?

.....

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants :

.....

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui lesquels :

.....

En quelle quantité ? .....

Quand ? .....

## **AUTORISATIONS**

J'autorise les professeurs à donner les médicaments suivants à mon enfant en cas de problème de santé sur place :

	OUI		OUI
Paracétamol		Pommade chauffante	
Ibuprofène		Pommade anti-inflammatoire	
Buscopan ou générique		Arnica	
Immodium ou générique		Pommade contre les coups de soleil	
Anti-nausée-mal de voyage		Cétérizine ou générique	
Pastilles pour la gorge			

> Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par les professeurs.

> J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement.

> Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon compte par l'école.

**CONFIDENTIEL**

Fait à ....., le .....

**COLLEZ ICI UNE VIGNETTE DE MUTUELLE**

**Signature**  
(précédée de la mention « lu et approuvé ») :