

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le voyage scolaire organisé par le lycée Charles Nodier

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq				BCG	

SI L'ÉLÈVE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE :**

Suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil individualisé-PAI  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**

- ASTHME  Oui  Non
- ALIMENTAIRES  Oui  Non
- MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).

L'élève présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  Oui  Non

L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

**4 – RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE :**

NOM : ..... PRENOM : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL : ..... TEL PORTABLE .....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'élève) : .....(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL