|  |
| --- |
| **SÉJOUR DE SKI À VALLOIRE**  **DU 9 AU 14 JANVIER 2022**  **LA FICHE MÉDICALE** |

yves:Users:yves:Documents:Documents Yv:MASSILLON:Logo massillon:Logo 07-08:Massillon logo-Bleu.pdf

|  |
| --- |
| **À RENDRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL LE 19/11/2021 AU PLUS TARD** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM et Prénom de l’élève : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Classe : 6° \_\_ |
|  | | |
| **PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN** | | |
| Nom du responsable légal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nom de la 2ème personne à avertir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **TÉLÉPHONE**  -Domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  -Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  -Bureau : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  Adresse mail : ………………………………………... | **TÉLÉPHONE**  -Domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  -Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  -Bureau : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  Adresse mail : ………………………………………... | |
| En cas d’absence, autre personne joignable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ | | |
|  | | |
| Date du dernier rappel antitétanique : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Régimes spécifiques, allergie(s) alimentaire(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | |
| **SITUATIONS MÉDICALES PARTICULIÈRES** | | |
| Pour une bonne prise en charge de votre enfant durant le séjour et en cas d’hospitalisation,  il est obligatoire de mentionner toutes situations médicales particulières. | | |
| Allergies, maladies chroniques, problèmes de santé ponctuels :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Traitements suivis :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | |
| **ATTENTION !!!**  Pour le séjour, joindre l’ordonnance avec le traitement nécessaire, sinon aucun médicament ne pourra être donné. Les traitements seront confiés aux accompagnateurs et non laissés aux enfants. | | |
| Je soussigné, …………………………………………………………, responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, sortie d’hôpital) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. Bien entendu, les familles seront contactées au numéro de téléphone mentionné ci-dessus. | | |

Fait à \_\_\_\_\_\_\_ le \_\_ /\_\_ / 2021 Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)