

## IDENTIFICATION DE L'APPRENANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Classe : ..... Né(e) le ... / ... / .....

Ce document confidentiel, à remplir dans l'intérêt de l'apprenant, est à joindre au dossier scolaire.

## ETAT DES VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'apprenant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES des DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

*Si l'apprenant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication*

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'APPRENANT

NOM du MEDECIN DE FAMILLE : ..... ☎ : .....

L'apprenant suit-il un traitement médical actuellement ? Oui  Non

*Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.*

**NOUS VOUS RAPPELONS QU'AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE A L'APPRENANT SANS ORDONNANCE.**

L'apprenant a-t-il des allergies ?

Asthme : Oui  Non  Alimentaires : Oui  Non  Médicamenteuses Oui  Non

Autres : .....

Si Oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :  
.....

## AUTRES INFORMATIONS et RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

**L'apprenant est-il atteint d'une maladie ou d'une dyspraxie nécessitant un traitement spécial ?**

*Indiquer les traitements déjà effectués et le traitement suivi :*

- Albuminurie     Diabète     Asthme     Perte de connaissance     Rhumatisme articulaire aigu  
 Cardiopathie     Epilepsie     Eczéma     Hépatite virale     Dyslexie, Dysgraphie, Dyscalculie  
 Autres (à préciser) : .....

**La pratique de certains sports lui est-elle interdite? Lesquels ? (certificats médicaux le justifiant)**  
.....

**Suivi particulier : P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui  Non     **P.P.S** (Projet Personnalisé de Scolarité) : Oui  Non

**Suivi social :**  Educateur     Famille d'accueil     Assistante sociale     DPASS     Médecin scolaire     Psychologue

M/Mme..... ☎ : .....

Adresse..... CP..... Ville.....

## ENGAGEMENT DU RESPONSABLE

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à ..... Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Signature du responsable légal**

**ATTENTION :** évitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du voyage des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.