FICHE INDIVIDUELLE SANITAIRE

PROJET SKI ET ENTRAIDE 2024

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’élève** : ………………………………………………………..  **Prénom** : ………………………………………………………………………  **Sexe**: F ❑ M ❑  **Date de naissance** : ­|\_||\_||\_||\_||\_||\_|  **Nationalité :**………………………………………………………………  **Adresse** : ……………………………………………………………………  ………………………………………………………………………….…………..  **Code Postal** :…………………………………………………..………….  🕿 **portable**………………………………………………………………….  **🕿** **domicile**  .…………………………………………………….………..  **Profession du père** : ………………………………………………..  🕿 **travail ou portable** :…………………............................  **Profession de la mère :** ………………………………………….  🕿 **travail ou portable** :………………………….………………….  **Santé**: En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.  **Nom & n° de téléphone d’un adulte responsable** susceptible de vous prévenir rapidement : …………………………………………………………………………………………  **Autorisation d’intervention chirurgicale** **:**  En cas d’urgence, je (nous) soussigné (és) ……………………………………………………………………………………  autorise (ons) toute intervention médicale ou chirurgicale jugées utiles.  **Groupe sanguin** : ………………………………………………………….  **Traitement Médical en cours: Oui 🔿 Non 🔿**  **Si oui Précisez : ……………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **Antécédents Médicaux : Oui 🔿 Non 🔿**  **Si oui Précisez : ……………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **Allergies (médicamenteuse, alimentaire…)**  **Oui 🔿 Non 🔿**  **Si oui Précisez : ……………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | **Date du dernier rappel de vaccin antitétanique** : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l’établissement** (allergie, régime alimentaire, traitement médical): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… . Je soussigné(e) M., Mme, Mlle **(1)**  Père, Mère, Tuteur légal **(1)**  Adresse (si différente de celle-ci-contre)  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  🕿 domicile : ……………………………………………………………………………………….  Autorise mon fils, ma fille, mon pupille  en classe de : …………………………… au projet ski et entraide du 21 AU 27 JANVIER 2024 à la station des 2 ALPES.  Et m’engage à régler toutes les détériorations que pourrait occasionner volontairement ou non mon enfant pendant le séjour.  Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance des conditions générales et les accepter.  A ………………………………………………………………………………….  le…………………………………………………………………………..........  **Signature d’un responsable légal :**  **MERCI DE PRECISER AU VERSO DE CETTE PAGE TOUTES PRECISIONS MEDICALES (TRAITEMENTS EN COURS) OU AUTRES OBSERVATIONS A NOUS COMMUNIQUER !** |