

**Lycée La Providence**  
**21, rue de Rennes**  
**35360 Montauban**  
**☎ 02 99 06 44 39**

**FICHE SANITAIRE JEUNE**

**(Cette fiche sera remise au médecin sur place si besoin est)**

**Renseignements sur le jeune**

NOM : .....	Taille : .....
Prénom : .....	Poids : .....
DATE DE NAISSANCE : .....	
N° de sécurité sociale : .....	
Personne à contacter en cas de besoin : N° de Tél. ....	

**Vaccins**

**(voir carnet de santé)**

**POLIO - DIPHTERIE - TETANOS - COQUELUCHE**

	Vaccins pratiqués	DATES
Préciser s'il s'agit : du DT POLIO DU DT COQ DU TETRACOQ D'UNE PRISE POLIO		

BCG		VARIOLE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	TYPE	DATES
1° VACCIN		VACCIN			
1° VACCIN		RAPPEL			

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? .....

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM		

**TSVP**

### Renseignements médicaux

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

ASTHME ..... ALLERGIE (laquelle ?).....  
DIABETE ..... ALLERGIE MEDICAMENT (lequel ?)  
Est-il énurétique ? OUI  NON

INDIQUER LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations )

.....  
.....

### Recommandations des Parents

.....  
.....  
.....

SI L'ENFANT SUIV ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT, DITES LEQUEL :

.....

SOUHAITEZ-VOUS QUE LES PERSONNELS D'ENCADREMENT VEILLENT A LA PRISE  
DES MEDICAMENTS ? oui  non

### Autorisation

**SANTE:** Je soussigné(e), Mme/ M \_\_\_\_\_, tuteur légal de :  
\_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et  
autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues  
nécessaires par l'état de mon enfant.

**NB :** Pour répondre aux exigences du Rectorat, donnez-vous votre accord pour que le  
transport lors de ce voyage s'effectue en car avec la société .....

OUI  NON

Datez et signez