



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



NOM, PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

TÉLÉPHONE :

RÉGIME PARTICULIER / ALLERGIES :

TOUT AUTRE PROBLEME MEDICAL  
(maux de ventre, maux de tête, énurésie, etc.) :

Merci d'indiquer les noms et numéros de téléphone des personnes à joindre en cas d'urgence :

1.

2.

AUTORISATION MÉDICALE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, parent(s) / responsable légal de \_\_\_\_\_, élève en classe de \_\_\_\_\_ autorise les accompagnateurs du voyage scolaire organisé du 5 au 13 décembre 2016 à Wasserburg (Allemagne)

- ◆ à administrer le ou les médicaments nécessaires à la santé de l'enfant et prescrits par un médecin.
- ◆ à faire donner tous soins urgents, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à l'enfant, en cas de nécessité constatée par un médecin.

*Les médicaments fournis par les familles seront donnés avec une copie de l'ordonnance médicale à un accompagnateur du groupe dans une pochette fermée sur laquelle seront indiqués nom et prénom de l'enfant. Aucun élève ne doit avoir de médicament sur lui sans l'accord du responsable du groupe. Les élèves qui disposent d'une trousse PAI dans le collège n'ont pas à fournir ces médicaments.*

**Les accompagnateurs sont quelquefois confrontés à des situations médicales pour lesquelles un médicament peut apporter du soulagement. Si vous acceptez que l'un ou les deux médicaments soient proposés à l'enfant (barrez celui que vous refusez), veuillez compléter l'autorisation suivante :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise les accompagnateurs du voyage scolaire organisé du 5 au 13 décembre 2016 à Wasserburg (Allemagne) à administrer un « **DOLIPRANE** » ou un « **SPASFON** » en cas de nécessité à l'enfant \_\_\_\_\_, élève en classe de \_\_\_\_\_.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature :

