

**FICHE MEDICALE**

NOM, Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

ALLERGIES (y compris médicamenteuses) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (religieux, végétarien, végétalien ou autre):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRAITEMENT MEDICAL :  oui  non

Si oui, pour quel problème ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Joindre une photocopie de l'ordonnance quelques jours avant le départ. Merci de recopier lisiblement les prescriptions du médecin !)

AUTRES PARTICULARITES (épilepsie ; somnambulisme ; énurésie ; ...) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GRUPE SANGUIN (si connu) : \_\_\_\_\_

**Autorisation en cas d'urgence (à compléter obligatoirement)**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise les responsables du séjour à faire pratiquer tous soins, anesthésies, ou interventions chirurgicales qui seraient considérés comme indispensables et urgents par le médecin ou le chirurgien appelé en consultation.

Fait à Fontenay, le \_\_\_\_\_  
Signature :