

**Fiche sanitaire**

*Collège Gérard Philipe*

*6 avenue Salvador Allende
69800 SAINT-PRIEST* 04.72.23.67.47 -  04.72.23.67.50
 ce.0692160y@ac-lyon.fr

(A remettre aux professeurs d’EPS)

**NOM DU PARTICIPANT**: …………………………………………. PRENOM : ………………………………………

Né(e) le : ……………………. Age : ………………. Poids : ………… Sexe : F G

Adresse des parents ou tuteur : ………………...……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone domicile : ………………………………. Téléphone du travail : …………………………….....................

Autre personne à contacter :

Nom : ……………………………………………………… Téléphone : …………………………………………………….

**LES VACCINATIONS**  A jour ? OUI NON

Date du dernier rappel antitétanique : …………………………………………………………………………………………….

**L’ENFANT EST IL ALLERGIQUE ?**  OUI NON

Si OUI, précisez : ………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OBSERVATIONS PARTICULIERES**

L’enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si OUI, précisez : ………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Remarques particulières : ………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**DECHARGE MEDICALE**

Je soussigné(e) M. ................................................ Père, Mère, Tuteur, responsable de l'enfant, autorise mon fils, ma fille, ...................................................... à la sortie Rafting/kayak du 17 juin 2024 et déclare exacts les renseignements donnés sur cette fiche qui restera confidentielle.

J'autorise les responsables à faire soigner mon enfant, à prendre toutes les décisions nécessaires concernant la santé de celui-ci (visite d'un médecin, prise de médicament avec ordonnance, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, …) suivant les prescriptions du médecin consulté.

Je m 'engage à payer ou rembourser les frais d'hospitalisation incombant à la famille et les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuelle non remboursés par la sécurité sociale.

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant pendant la sortie

**IMPORTANT** :  **Ne remettez jamais l'original du carnet de santé** . Si vous le jugez utile, joignez-en une photocopie à la présente fiche sanitaire.

Fait à ….................................., le ….........................

Signature