



ETAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, merci de **joindre un certificat médical de contre-indication**.  
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

ETAT DES MALADIES ENFANTINES

*L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?*

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigü		
Angine					

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

*Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.*

---



---



---

*Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?  
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...)*

---



---



---

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Docteur : ..... Téléphone : [ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ]

Adresse : .....

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

*Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant .....  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature :

Attention : Evitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du voyage des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.