

Fiche médicale

Coordonnées de l'élève

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Classe : _____

Personne de contact en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone en journée : _____

Téléphone en soirée : _____

Adresse mail : _____

Coordonnées du médecin

Nom : _____ Téléphone : _____

Renseignements d'ordre médical

Votre enfant est-il atteint de :

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| ☐ diabète | ☐ épilepsie | ☐ asthme |
| ☐ affection cutanée | ☐ somnambulisme | ☐ handicap moteur |
| ☐ rhumatisme | ☐ affection cardiaque | ☐ _____ |

A-t-il des antécédents médicaux ou précautions particulières à prendre ?

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Non - Oui

En quelle année ? _____ Rappel : _____

Est-il sensible aux refroidissements ? Non - Oui

Est-il vite fatigué ? Non - Oui

Est-il incontinent ? Non - Oui

Peut-il participer aux baignades sans inconvénient ? Non - Oui

A-t-il des allergies (médicaments, aliments, guêpe, pollen, ...) ? Non - Oui

Si oui, lesquels ? _____

Est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? Non - Oui

Médicaments à prendre (lesquels ? fréquence ? quantité ?) :

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Non - Oui

Si oui, lequel ? _____

Lors du dernier examen médical, y avait-il des remarques concernant la participation à une activité sportive ?

Groupe sanguin : _____

Coller ici une vignette de mutuelle

Signature :

Autorisation parentale légalisée

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

père - mère - tuteur - tutrice, de :

Nom : _____ Prénom : _____

élève en 3 _____ au Collège Saint-Remacle de Stavelot, **autorise** ma fille / mon fils à participer du 16 au 23 mai 2026, au voyage de découverte et de dépaysement scolaire "Canal 3", organisé dans le cadre scolaire, à destination de la **France**.

Le responsable du voyage est Anne LALLEMAND, directrice.

Au cas où l'état de santé de mon fils/ma fille réclamerait une décision urgente, et à défaut de pouvoir moi-même être contacté(e) personnellement, je laisse au médecin ou au chirurgien qui l'a pris(e) en charge le choix des soins qui lui (leur) paraissent appropriés.

Date : _____ Signature : _____

Administration communale :