



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (nom/prénom) _____,

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

agissant en qualité de : père ☐ mère ☐ tuteur ☐

déclare :

- autoriser mon enfant (nom/prénom) _____
à partir en classe d'environnement du ____/____/____ au ____/____/____
dans le centre de _____
- autoriser l'instituteur(trice) de la classe dont fait partie mon enfant, ou, à défaut, le responsable du centre :

- à faire donner à mon enfant les soins médicaux que pourrait nécessiter son état
- à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.

- prendre l'engagement de reverser à l'organisateur les frais qu'il engagerait pour faire soigner mon enfant et à me faire rembourser par la C.P.A.M. ou ma caisse particulière, les prestations auxquelles j'aurai droit.

- autoriser mon enfant à prendre part aux excursions ou sorties éducatives organisées pendant le séjour et le cas échéant, à sortir du territoire métropolitain pour une durée n'excédant pas 24 heures.

A _____ le ____/____/____

Signature :

FICHE SANITAIRE ENFANT

IMPORTANT !! NE JAMAIS DONNER LE CARNET DE SANTE, UTILISEZ CE DOCUMENT
OU PHOTOCOPIER LES PAGES DU CARNET DE SANTE ET JOIGNEZ LES A CETTE FICHE SANITAIRE

CENTRE DE _____

Dates du séjour : du ____/____/____ au ____/____/____

ENSEIGNANT : NOM : _____

Prénom : _____

CLASSE : _____

Cachet de l'école

ENFANT : NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

RESPONSABLE DE L'ENFANT : père ☐ mère ☐ tuteur ☐

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ domicile : ____/____/____ ☎ portable : ____/____/____ ☎ travail : ____/____/____

Profession du père : _____ de la mère : _____

Adresse de la caisse de Sécurité Sociale : _____

N° S.S. : ____/____/____/____/____

Mutuelle : _____

N° : _____

Assurance scolaire : _____ N° : _____

un avenir par l'éducation populaire



Ligue de l'Enseignement / F.O.L. Haute-Vienne
22 rue du Lieutenant Meynieux 87000 LIMOGES
Tel : 05 55 03 36 07 fax : 05 55 79 08 42
Email : classe@laligue87.org Site Internet : www.laligue87.org
C.C.P. Limoges 608 77 X - Association de tourisme agréée n° AG 075 95 00063

DATES DES MALADIES ANTERIEURES

MALADIE	ANNEE	MALADIE	ANNEE	INFIRMITES ou ANOMALIES
Rougeole		Rumatisme		
Coqueluche		Bronchite		
Varicelle		Otite		
Scarlatine		Asthme		
Diphtérie		Primo-infection		
Oreillons		Albumine		
Typhoïde		Diabète		

NATURE ET DATES DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

ALLERGIES :

FRACTURES :

	DATES DES VACCINS	DATES DES SERUMS
Anti-variolique		
Anti-tétanique		
Anti-diphtérique		
- Rappel		
- Rappel		
D.T. ou T.A.B.		
- Rappel		
- Rappel		
B.C.G.		
Poliomyélique		
Autres vaccins		

Incontinence d'urine : ☐ oui ☐ non

Apparition des règles, année : _____

OBSERVATIONS PARTICULIERES (comportement ou santé de l'enfant)

Si l'enfant a un traitement médical en cours, remettre au responsable les médicaments nécessaires et joindre IMPERATIVEMENT la prescription médicale.

Réservé à l'enseignant /au centre : Maladie ou accident survenus au cours du séjour