



ECOLE BILINGUE SAINT GUEN SKOL DIVYEZHEK SANT GWENN

26, rue Joliot Curie 56000 Vannes
26, straed Joliot Curie 56000 Gwened
Tel/Pell 02.97.54.04.71
ecolesaintguen@orange.fr

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Taille : Poids :

Pointure :

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Demeurant à :

Agissant en qualité de : père, mère, tuteur, tutrice de (nom et prénom de l'enfant)

Né(e) le :

Déclare autoriser son départ en "classe transplantée – séjour de découverte" sous les conditions fixées par les autorités organisatrices.

A..... le.....

Signature

INTERVENTION MEDICALE

Les parents sont prévenus immédiatement sous réserve de pouvoir les joindre.

J'autorise l'enseignant de la classe

- à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, interventions chirurgicales, transfusion de sang, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- à donner un antalgique/antipyrétique à base de paracétamol (sauf allergie) et/ou médicaments prescrits sur ordonnance.
- à donner des soins simples de première nécessité (désinfection de plaie, coup de soleil, traitement antipoux, ...)

J'ai pris connaissance qu'en cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille pour remboursement).

Tournez la feuille S.V.P.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Médicaments ou soins journaliers à donner à l'enfant (Dans le cas, où votre enfant aurait un traitement médical à suivre au cours du séjour, **remettre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments** plusieurs jours avant le départ. Sans cette ordonnance, le traitement ne pourrait être donné par l'assistance sanitaire du centre.) :

.....
.....
.....
.....

Régimes éventuels :

Si l'enfant porte des lunettes, indiquez les références de ses verres :

Porte-t-il un appareil dentaire ? :

Autres renseignements concernant l'état physique de votre enfant :

.....
.....
.....

Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités sportives ? (joindre un certificat médical)

Si oui, lesquelles ?

A-t-il certaines allergies

.....
.....

Vaccinations :

D.T. (Diphthérie – Tétanos – Coqueluche) Date

D.T. COQ (Diphthérie – Tétanos) Date

B.C.G. (Antituberculeux) Date

Si l'enfant n'est pas vacciné, pour quelles raisons ?

Votre enfant est-il énurétique ?

Organismes d'assurances dont dépend le responsable de l'enfant :

a) Caisse primaire de sécurité sociale

Désignation : Numéro d'assuré :

b) Mutuelle

Désignation : Numéro d'assuré :

c) Médecin de famille : Nom :

Adresse :

A qui téléphoner en cas d'urgence :

Nom :

Adresse :

Tél domicile : Travail : Portable :

Tournez la feuille S.V.P.