

**AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL POUR LES SORTIES  
ET VOYAGES COLLECTIFS**

Je soussigné(e), Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... à .....

Autorise mon enfant à participer à la sortie organisée par l'AEP du Grésivaudan à. ....

du ..... au .....

Tel où je serai joignable :  
.....

Donne au responsable l'autorisation de prendre toute décision qu'il jugerait utile devant une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale,

**précautions particulières :**  
.....

A ....., le ....., Signature :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON AEP du Grésivaudan**

**Fiche sanitaire à nous retourner obligatoirement avant le début du Week End**

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

**I - ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE : GARCON  FILLE  DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**II - VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES des Derniers Rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres	
Ou Tétracoq					
BCG					

**III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (Rayer la mention inutile)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non

ALLERGIES:.....  
.....

**IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS OU TRAITEMENTS SUIVIS PAR L'ENFANT**

Si l'enfant suit un traitement médical joindre obligatoirement une ordonnance récente.

**Médecin traitant de l'enfant : Nom et Tél.**.....

**V - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom ..... Prénom.....

Adresse .....

N° tél (domicile) : ..... (bureau ou portable) : .....

N°SS (dont dépend l'enfant) : .....

Je soussigné,..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A..... le .....Signature