

# Voyage en Angleterre

Année \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (coordonnées pendant le séjour)

Adresse des parents ou de son représentant légal : \_\_\_\_\_

① Domicile : \_\_\_\_\_ Portable père : \_\_\_\_\_ Portable mère : \_\_\_\_\_

En cas d'absence des parents, nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

\* Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

\* Allergies d'ordre médical (alimentaires – médicaments - ...) **Préciser le niveau d'allergie :**

- |   |                                   |                                   |                                    |                                    |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gluten :           | <input type="checkbox"/> Niveau 1 | <input type="checkbox"/> Niveau 2 | <input type="checkbox"/> Niveau 3A | <input type="checkbox"/> Niveau 3B |
| <input type="checkbox"/> arachide :         | <input type="checkbox"/> Niveau 1 | <input type="checkbox"/> Niveau 2 | <input type="checkbox"/> Niveau 3A | <input type="checkbox"/> Niveau 3B |
| <input type="checkbox"/> poils d'animaux :  | <input type="checkbox"/> Niveau 1 | <input type="checkbox"/> Niveau 2 | <input type="checkbox"/> Niveau 3A | <input type="checkbox"/> Niveau 3B |
| <input type="checkbox"/> autres ( _____ ) : | <input type="checkbox"/> Niveau 1 | <input type="checkbox"/> Niveau 2 | <input type="checkbox"/> Niveau 3A | <input type="checkbox"/> Niveau 3B |

**Niveau 1** L'enfant reconnaît l'aliment allergisant, il sait dire qu'il ne peut manger le plat proposé.

**Niveau 2** L'enfant ne peut reconnaître l'aliment allergisant, en cas d'ingestion accidentelle, la réaction est gênante et il sait gérer la situation en prenant ses médicaments.

**Niveau 3A** L'enfant ne peut reconnaître l'aliment allergisant, en cas d'ingestion accidentelle, la réaction est violente mais il sait gérer la situation en prenant ses médicaments.

**Niveau 3B** L'enfant ne peut reconnaître l'aliment allergisant, en cas d'ingestion accidentelle, la réaction est violente, il a peu de temps pour réagir et a besoin d'une aide extérieure.

\* Diabétique :  oui  non

\* Traitement en cours nécessitant la prise de médicament(s) : \_\_\_\_\_

\* Autres informations médicales à signaler : \_\_\_\_\_

Si l'élève a des médicaments personnels, délivrés sur ordonnance, il doit avoir sur lui l'ordonnance du médecin.

Si l'élève a eu un traitement la semaine précédant le voyage ou s'il a un traitement en cours, il doit être signalé par écrit au responsable du voyage.

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Monsieur / Madame \_\_\_\_\_  autorisons /  n'autorisons pas l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

## ASSURANCE

Monsieur / Madame \_\_\_\_\_ attestons que notre fils/fille est assuré(e) en :

- Responsabilité civile : Nom de l'assurance : \_\_\_\_\_

- Individuelle accident : Mutuelle Saint Christophe

L'assurance « rapatriement » est prise en charge par l'établissement sous la responsabilité du Chef d'Etablissement.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature des parents :