

Echange Espagne

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 :