

1. L'étudiant/e

NOM : Prénom : Date de naissance : / /
Nom du chef de famille :
Tél. privé : Tél. travail ou gsm :

2. Lieux de vie

Où l'étudiant/e vit-il/elle habituellement ? famille / institution / grands-parents

Personne à contacter en cas d'urgence pendant le voyage

a. Nom : Tél. : Lien de parenté :

b. Nom : Tél. : Lien de parenté :

3. Repas

A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non

Si oui, lesquels ?

Est-il végétarien/végétalien ? oui / non

4. Santé

Nom du médecin traitant et téléphone :

Etat de santé actuel de l'étudiant : TB / B / Moyen

Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui / non

Groupe sanguin :

5. Informations médicales

L'étudiant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	oui	non	Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Mal de route			
Autres			

A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui / non Si oui, quand et laquelle ?

Est-il/elle allergique à certains produits alimentaires ? oui / non Si oui, lesquels ?

à certains médicaments ? oui / non Si oui, lesquels ?

au soleil ? oui / non à d'autres choses ?

Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? oui / non

Si oui, lesquels, quand et pourquoi ?

A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui / non

Date de la première injection :

Date du dernier rappel :

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation au voyage en Italie ?

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) :

Date de signature :

Signature des parents ou responsable :

Document à remettre sous enveloppe à Monsieur PASLEAU pour le 16 février au plus tard