

# FICHE SANITAIRE

## VOYAGES SCOLAIRES A L'ÉTRANGER

<b>NOM :</b>	<b>PRÉNOM :</b>	Né(e) le à	Classe :	Régime : <b>EXTERNE</b> <b>DP</b> <b>INTERNE</b>	Nationalité
--------------	-----------------	---------------	----------	---	-------------

**PERSONNE(S) à joindre en cas d'événements graves « NOM(S), PRÉNOM(S), TÉLÉPHONE(S) » :**

**ASSURANCE (compagnie, numéro de contrat) :**

**ALLERGIE(S) CONNUE(S) :**

**RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :**

**TRAITEMENT MÉDICAL RÉGULIER ( fournir l'ordonnance ) :**

	DATE	HEURE	LIEU
<b>DÉPART</b>			
<b>RETOUR</b>			
<b>Mode de déplacement :</b>			
<b>Lieu(x) d'hébergement :</b>			

**DATE : .../..../.....**

**SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :**

**SIGNATURE DE L'ELEVE :**