

Objectif Europe

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT A REMPLIR EN CARACTÈRES MAJUSCULES

ETABLISSEMENT SCOLAIRE ___ LYCÉE POLYVALENT VIOLLET LE DUC ___

ADRESSE ___ 1 route de Septeuil ___ CODE POSTAL ___ 78640 ___ VILLE ___ VILLERS SAINT FRÉDÉRIC ___

Dates du stage à LONDRES du 13 janvier au 23 février 2019

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (cocher les cases correspondantes)

NOM & PRENOM DE L'ÉLÈVE _____

SEXE F M

Classe de _____

ADRESSE _____ CODE POSTAL _____ VILLE _____

N° de téléphone Portable _____ adresse email : _____ @ _____

Date de naissance _____

Au moment du stage, l'élève est :

majeur

mineur

Nationalité _____

Nom & prénom du père _____

ADRESSE si différente de l'élève

_____ CODE POSTAL _____ VILLE _____

Téléphones fixe _____ portable _____

E-mail _____ @ _____

Nom & prénom de la mère _____

ADRESSE si différente de l'élève

_____ CODE POSTAL _____ VILLE _____

Téléphones fixe _____ portable _____

E-mail _____ @ _____

Si l'élève est mineur, nom et prénom du représentant légal, si différent du père _____

Dans le cas d'une urgence, par ordre de priorité, prévenir (nom + N° téléphone) _____

RENSEIGNEMENTS & ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous déjà séjourné dans un pays anglo-saxon OUI NON

Have you stayed in an English speaking country before

Si oui, où et à quelles dates _____

Where and when

Etes-vous fumeur OUI NON

Do you smoke

Si oui, combien de cigarettes fumez- vous par jour _____

How many cigarettes per day

L'ELEVE SOUFFRE-T-IL ...

(Dans chaque cas, précisez la nature, la fréquence, les contres indications liés à l'état de santé)

D'allergies médicamenteuses OUI NON _____

Are you allergic to some medicine

D'allergies alimentaires OUI NON _____

Are you allergic to certain foods

D'autres formes d'allergies (ex. poils, acariens...) OUI NON _____

Other types of allergies (ex. : pets' hair, dust mites...)

D'asthme OUI NON _____

Do you suffer from asthma

De crises convulsives OUI NON _____

Do you suffer from convulsive fits

De fréquents saignements de nez OUI NON _____

Do you suffer from frequent nose bleeds

Tolérez-vous les animaux domestiques OUI NON _____

Do you tolerate pets

Autre /Other _____

L'ELEVE SUIV-IL ...

(Dans chaque cas, précisez la nature, la fréquence, les contres indications liés à l'état de santé)

Un traitement médical OUI NON

Précisez _____

Un régime alimentaire (médical ou religieux) OUI NON

Précisez _____

Merci de noter tout renseignement complémentaire que vous jugerez bon de porter à notre attention

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Nom _____ Pour les mineurs : en qualité de _____

Signature :