



RÉGION ACADÉMIQUE
NORMANDIE

MINISTÈRE

DE

DE L



RÉGION ACADÉMIQUE
NORMANDIE

MINISTÈRE

DE L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE

DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



FICHE SANTE

(à compléter par le responsable légal)

Je soussigné,, responsable légal de :
(nom et prénom de l'enfant)..... élève de la classe de :.....
Demande à M et/ou Mme..... responsables du voyage à prendre toutes
les dispositions qu'il(s) ou elle (s) jugerai (en)t utiles, EN CAS D'URGENCE.

NOM:

Prénom

Né(e)le :.....

Nationalité :.....

N° de pièce d'identité :

Date de validité carte d'identité ou passeport: :

Bénéficiaire d'une couverture sociale sur le compte de.....

N° SS :.....

A la caisse d'assurance maladie :.....

(nom et adresse)

IMPORTANT - Précisions complémentaires et importantes concernant l'état de santé, les incompatibilités médicales et alimentaires, la prise de médicaments :

.....
.....

- Date du dernier vaccin DT Polio :
- Groupe sanguin si connu :

Date, signature du responsable légal

Cette fiche santé est conservée par le professeur coordonnateur