



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. JEUNE

Nom : Prénom :

Nationalité :

Date de naissance : Femme Homme

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Avez-vous un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice).

▀ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

3. AVEZ-VOUS EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigü <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

4. AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ?

Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres : <input type="text"/>

▀ Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :



5. DIFFICULTÉ(S) DE SANTÉ ÉVENTUELLE(S)

Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant quand elles ont eu lieu et les précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) :

6. RECOMMANDATIONS UTILES

Merci de préciser si vous portez des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :

7. PÈLERIN MINEUR : SIGNATURE ET ACCORD PARENTAL

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable et/ou le responsable médical du pèlerinage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, ces mêmes personnes à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

8. PÈLERIN MAJEUR : SIGNATURE

Je, soussigné,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :