

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DIOCESE DE MONTAUBAN – Frat’Jeunes82
PELERINAGE DES RACINES & DU ZELE

**FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

NOM :
PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :
GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT VOTRE SÉJOUR; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE VOTRE CARNET DE SANTÉ.

2 -VACCINATIONS (se référer à votre carnet de santé ou à vos certificats de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI VOUS N'AVEZ PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT

Suivez-vous un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES ☐ non ☐ AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES

PORTEZ-VOUS DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE LEGAL

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par mon état.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU PELERINAGE OU DE LA RETRAITE

A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DE LA RETRAITE OU DU PELERINAGE

OBSERVATIONS

.....

.....

.....