

FICHE SANITAIRE INTERNE DE LIAISON

document interne à Jeunesse Ardente - ne répond à aucune norme

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT VOTRE SÉJOUR. ELLE N'EST PAS OBLIGATOIRE, TOUTEFOIS, NOUS VOUS INVITONS A LA REMPLIR. MERCI.

1 - Vous :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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

| | |
|------------------------------------|--------------------|
| Diphtérie Hépatite B | à jour : oui / non |
| Tétanos Rubéole-Oreillons-Rougeole | à jour : oui / non |
| Poliomyélite Coqueluche | à jour : oui / non |
| Ou DT polio Autres (préciser) | à jour : oui / non |
| Ou Tétracoq | à jour : oui / non |
| BCG | à jour : oui / non |

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT :

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

Pensez à prendre une copie de votre ordonnance

ALLERGIES : ASTHME : oui / non

MÉDICAMENTEUSES : oui / non

ALIMENTAIRES : oui / non

AUTRES.....

.....

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

.....

FICHE SANITAIRE INTERNE DE LIAISON

document interne à Jeunesse Ardente - ne répond à aucune norme

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....
.....
.....
.....
.....

4 - PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'HOSPITALISATION OU TOUT AUTRE RAISON JUGEE UTILE PAR LA DIRECTION DU CAMP :

NOM
PRÉNOM
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR).....
.....
.....

TELEPHONES FIXE ET PORTABLE :

DOMICILE :
TRAVAIL :

NOM ET TELEPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné,

déclare 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 de santé.

Date :

Signature :