



Terre Sainte 2017 Fiche Sanitaire

Prénom :

Nom :

Garçon : Fille :

Date de naissance :

N° Sécu. Sociale :

Mutuelle :

N° d'adhésion à la mutuelle :

Coordonnées de la mutuelle :

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Date du rappel | Vaccins recommandés | Oui | Non | Date du rappel |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diphtérie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hépatite B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rubéole Oreillons Rougeole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OU DT Polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre (préciser) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OU Tétracoq | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre (préciser) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BCG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre (préciser) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si certains vaccins obligatoires n'ont pu être faits, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention ! Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Un traitement médical est-il à suivre pendant le séjour ? Oui Non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : Varicelle : Angine : Rhumatisme articulaire aigu :
Coqueluche : Otite : Rougeole : Oreillons : Scarlatine :

Avez-vous des allergies ? Asthme : alimentaires : médicamenteuses : autres :
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le préciser) :

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

Recommandations utiles (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires etc.) : précisez :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans cette fiche sanitaire. Pour tout traitement et tout médicament, j'ai noté que je dois être en possession d'une ordonnance. J'autorise l'organisateur à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (notamment en cas de recours hospitalier ou clinique).

Fait à _____ le _____
Signature du jeune précédée de « lu et approuvé » :

Signature du responsable légal si mineur :