

## CONFIDENTIEL MEDICAL

### FICHE SANITAIRE

*(les renseignements consignés dans cette fiche ne pourront être consultés que par un professionnel de santé en cas de nécessité médicale)*

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M  F

**VACCINATIONS** ( date du dernier rappel)

DT POLIO :

BCG :

HEPATITE B :

HEPATITE A :

AUTRES VACCINS :

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre Groupe Sanguin : \_\_\_\_\_

Suivez-vous un traitement médical ? oui  non

Si oui, merci de préciser lequel :

Avez-vous ou avez-vous eu les pathologies suivantes :

Diabète oui  non

Hypertension artérielle oui  non

Epilepsie oui  non

Asthme oui  non

Troubles du rythme cardiaque oui  non

Phlébite oui  non

Anémie oui  non

Avez-vous des allergies ? oui  non

Si oui, merci de préciser lesquelles :

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? oui  non

Si oui, merci de préciser lesquelles :

Avez-vous eu d'autres problèmes de santé (traumatismes, hospitalisations...) ? oui  non

Si oui, merci de préciser lesquelles :

Portez-vous des lunettes ? oui  non  des lentilles ? oui  non  des prothèses auditives ?  
oui  non  un appareil dentaire ? oui  non  un appareil orthopédique ? oui  non

Fournir un certificat médical de non contre indication à un voyage en avion et à un séjour en collectivité dans un pays chaud et en zone désertique.