

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.