

FICHE DE SUIVI SANITAIRE

Informations personnelles :

Nom Prénom

Date et lieu de naissance/...../..... à

Nationalité

Adresse :

Code postal : Ville

Courriel.....@.....

Tel. domicile Portable.....

Sexe : Homme Femme Numéro de sécurité sociale:

Carte vitale + **Joindre photocopie** de la carte vitale Groupe sanguin et Rh. :

Nom et Tél. du médecin traitant

Contact en cas d'urgence pendant les JMJ :

Nom..... Prénom.....

Lien parental :

Tél. Portable

Courriel.....@.....

Vaccination (se référer au carnet de santé)

| Vaccins obligatoires | Date du vaccin | Date du dernier rappel |
|----------------------------------|----------------|------------------------|
| <i>Vaccins DTCoq ou Tétracoq</i> | | |
| <i>Hépatite B</i> | | |
| <i>Antivarolique</i> | | |
| <i>BCG</i> | | |
| Autres vaccins | Nom du vaccin | Date |
| | | |
| | | |

- Les maladies suivantes ont-elles déjà été contractées ?

| | | | |
|--|--|---|---|
| Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Informations médicales complémentaires

Affection(s) dont je souffre actuellement / Traitement(s) en cours *ou* d'urgence - Indiquer la posologie (Avoir les ordonnances sur soi / Traduite en anglais – nom de la molécule) - Allergie :

.....

.....

Régime alimentaire particulier :

.....

.....

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements mentionnés dans le formulaire d'inscription et dans la fiche de suivi sanitaire. Je déclare être médicalement apte à participer aux JMJ (notamment : marches de longue durée, station debout prolongée, manifestations de foule, camping, exposition prolongée au soleil, sommeil de courte durée,). En cas de doute, j'ai consulté mon médecin.

Date..... Lieu..... Signature :

