

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON **ADULTE**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.  
Merci de **nous signaler en temps utile les modifications**

**NOM :** .....

(en lettres capitales)

**PRENOM :** .....

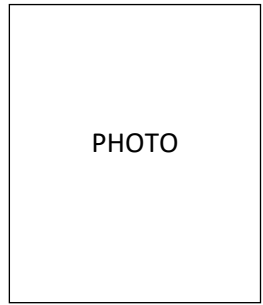
(en lettres capitales)

**DATE DE NAISSANCE :** .....

HOMME  FEMME

**POIDS (kg) :** .....

**N° de sécurité sociale :** ..... **GROUPE SANGUIN :** .....



## Dates de la retraite de Taizé 2025 : du 17 au 23 février

### 1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si vous n'avez pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**Merci de nous signaler tout traitement médical, en joignant une ordonnance récente et les médicaments correspondants.**

#### • Avez-vous eu les maladies suivantes :

	oui	non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		

	oui	non
Otite		
Angine		
Rougeole		

	oui	non
Rhumatisme articulaire aigu		
Oreillons		
Scarlatine		

#### • Avez-vous des allergies :

	oui	non	Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir et si automédication
Respiratoires			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

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

### 3 - RECOMMANDATIONS UTILES

Portez-vous des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez):

#### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE (pendant le séjour).....

CODE POSTAL.....VILLE.....

TEL. Domicile : .....Port .....

Autre : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

**Date :**

**Signature :**