



Pèlerinage de Conques à Rocamadour, du 7 au 16 juillet 2017

FICHE DE SUIVI SANITAIRE

Informations personnelles :

NOM Prénom
Date et lieu de naissance Nationalité
Adresse
Code postal Ville
Courriel
Tel. domicile Portable

Sexe : Homme Femme Numéro de sécurité sociale

Carte Européenne d'Assurance Maladie

+ Joindre photocopie de la Carte Européenne d'Assurance Maladie

Groupe sanguin et Rh. :

Nom et Tél. du médecin référent

Contact en cas d'urgence pendant la durée du pèlerinage :

Nom..... Prénom

Lien parental

Tél. Portable.....

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

Renseignements médicaux :

<p>I-Vaccinations - Dates du :</p> <p>Dernier rappel Diphtérie, tétonas, polio :</p> <p>BCG :</p> <p>Hépatite B :</p> <p>Hépatite A :</p> <p>Coqueluche :</p> <p>Typhoïde :</p>	<p>Allergies :</p> <p>Médicamenteuses <input type="checkbox"/>oui <input type="checkbox"/>non</p> <p>Asthme : <input type="checkbox"/>oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Alimentaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Autre (préciser) :</p> <p>Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :</p>
<p>Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, dépression ou troubles psychologiques) en précisant les dates et précautions à prendre :</p> <p>.....</p>	<p>Traitements à suivre pendant le séjour (prévoir photocopies des ordonnances de – de 3 mois à la date du départ) :</p>
<p>Groupe sanguin :</p> <p>Régime alimentaire particulier :</p>	<p>Port de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lunettes <input type="checkbox"/>oui <input type="checkbox"/>non - Prothèses auditives <input type="checkbox"/>oui <input type="checkbox"/>non - Prothèses dentaires <input type="checkbox"/>oui <input type="checkbox"/>non

Je joins à cette fiche sanitaire le certificat médical au verso, dûment complété, ainsi qu'une photocopie de ma Carte Européenne d'Assurance Maladie.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche et autorise le responsable du groupe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

Date : Lieu : Signature :



Pèlerinage de Conques à Rocamadour, du 7 au 16 juillet 2017

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour :

M/Mme/Melle

Né(e) le

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication médicale pour le pèlerinage de Conques à Rocamadour (pas de contre-indication, notamment aux marches de longue durée...)"

Fait à le/...../.....

Signature et cachet du médecin