

PÈLERINAGE JEUNES ADULTES EN TERRE SAINTE 2020

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 Vitale
+ Joindre photocopie de la carte vitale

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 :

I-Vaccinations - Dates du : Dernier rappel Diphtérie, téтанос, polio : BCG : Hépatite B : Hépatite A : Coqueluche : Typhoïde :	Allergies : Médicamenteuses <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Asthme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Alimentaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre (préciser) : Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, dépression ou troubles psychologiques) en précisant les dates et précautions à prendre :	Traitements à suivre pendant le séjour (prévoir photocopies des ordonnances de moins de 3 mois à la date du départ) :
Groupe sanguin : Régime alimentaire particulier :	Port de : - 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.

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 JEUNES ADULTES EN TERRE SAINTE 2020

CERTIFICAT MÉDICAL

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 au séjour en Israël dans le cadre du pèlerinage étudiant en Terre Sainte du 18 au 28 juillet 2020 (pas de contre-indication, notamment, aux marches de longue-durée, station debout prolongée, camping, exposition prolongée au soleil et à la chaleur, sommeil de courte durée....).

Fait à le/...../.....

Signature et cachet du médecin