

JMJ Panama 2019 avec le diocèse de Pontoise

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

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, tétanos, 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>.....</p> <p>.....</p>	<p>Traitement à suivre pendant le séjour (prévoir photocopies des ordonnances de – de 3 mois à la date du départ) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Groupe sanguin :</p> <p>Régime alimentaire particulier :</p> <p>.....</p>	<p>Port de :</p> <p>- Lunettes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>- Prothèses auditives <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>- Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>

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 :



Diocèse de Pontoise †



JMJ Panama 2019 avec le diocèse de Pontoise

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 au séjour au Panama dans le cadre des JMJ du 15 au 30 janvier 2019 (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, transports en avion...).

Fait à le/...../.....

Signature et cachet du médecin