

# 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 :

<p><b>I-Vaccinations</b> - 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><b>Allergies :</b></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><b>Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :</b> .....</p> <p>.....</p>
<p><b>Difficultés de santé</b> (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><b>Traitement à suivre pendant le séjour (prévoir photocopies des ordonnances de moins de 3 mois à la date du départ) :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Groupe sanguin :</b> .....</p> <p><b>Régime alimentaire particulier :</b> .....</p> <p>.....</p>	<p><b>Port de :</b></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 :



# 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