

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

1-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

NOM DU MINEUR : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : M ☐ F ☐

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du mineur avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non

MEDICAMENTEUSE ☐ Oui ☐ Non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) ☐ Oui ☐ Non

Précisez.....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé ? si oui préciser

☐ Oui ☐ Non

2-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement du mineur, difficultés de sommeil, etc

3-RESPONSABLES DU MINEUR

-Responsable N°1 : NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE..... TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE.....

-Responsable N°2 : NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE..... TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du pèlerinage à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires selon l'état de santé de ce mineur en accord avec les médecins du pèlerinage.

Date : Signature :