

Fiche sanitaire de liaison

Obligatoire pour les mineurs *Facultative mais vivement conseillée pour les majeurs Les mentions et cases précédées d'un * sont obligatoirement cochées ou remplies pour les mineurs*

Nom du participant* :
 Prénom* :
 G F Date de naissance :

Je suis informé(e) que les rubriques de la « fiche sanitaire de liaison » signalées d'un astérisque sont obligatoires pour les mineurs.

J'autorise l'ADFT à traiter les données de santé que j'ai bien voulu renseigner. Vous pouvez si vous le souhaitez la remettre directement ainsi que toute information complémentaire utile sous pli au responsable de groupe

I – Vaccinations* : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'on n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

➤ Y-aura-t-il besoin d'un **traitement médical** pendant le séjour*? oui non

*Si oui, venir avec une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au-nom de l'enfant).

➤ Maladies déjà contractées* :

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

➤ Asthme* oui non

➤ Allergies* majeures oui non

➤ **Préciser* la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :**

➤ Indiquer* les **difficultés de santé majeures** (maladies, crises convulsives, handicaps, troubles du comportement, suivi **psychologique**, troubles physiologiques) ou tout autre chose qu'il convient de signaler en précisant les **précautions à prendre*** :

➤ Nom et tél. du médecin traitant :

III - Recommandations utiles : *Préciser en cas de port de lunettes, de lentilles de contact, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.

IV – Responsable Légal pour les mineurs :

Nom* : Prénom* :

Tel portable* :

V – Validation :

Je soussigné,

responsable légal de l'enfant, (*barrer la mention inutile*)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, **et avoir fourni toutes les informations sanitaires utiles et m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires **par l'état de santé du mineur.**

Date*et signature* :

Signature(s) du responsable légal précédée(s) de la mention « Lu et approuvé, bon pour autorisation* : »

*

Mentions Informatique et libertés : Les informations recueillies sont confidentielles et destinées aux responsables de groupe et à l'assistant sanitaire pour assurer la sécurité physique des participants pendant la durée du Pèlerinage des jeunes à Lourdes organisé par le diocèse de Fréjus-Toulon. Elles sont conservées par les responsables de groupe pendant la durée strictement nécessaire aux finalités et sont restitués à la fin du pèlerinage aux parents ou aux majeurs qui en font la demande ou détruites à l'issue d'un délai de huit jours.

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent ; vous disposez également du droit d'organiser le sort de vos données post-mortem. Vous pouvez exercer vos droits

en écrivant à **A COMPLETER**

Vous pouvez consulter sur notre site notre politique de confidentialité des données **A COMPLETER**