

ECLAIREURS EVANGELIQUES DE FRANCE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ADULTE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour, elle vous sera rendue à la fin du séjour

Dates et lieu du séjour :

.....

.....

Nom

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance

Téléphone fixe : -- -- -- -- --

Téléphone portable : -- -- -- -- --

Sexe : M F

Groupe local EEF :

Sachem :

Routier Encadrement Service

N° sécurité sociale de l'assuré(e) :

Caisse de rattachement : Mutuelle :

Vous devez avoir avec vous votre **carte vitale** (à jour) et votre carte **Mutuelle**

CMU : oui non (Si oui joindre l'attestation)

Nom et tél. du médecin traitant:

Téléphone fixe et portable

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom Prénom

Adresse pendant le séjour

.....

Téléphone (fixe et portable si possible)

Suite et signature au verso →

Vaccination dernier rappel

nom du vaccin date :

Merci de joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé (obligatoire)

Si vous n'êtes pas vacciné joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Allergies

Faites-vous des réactions allergiques?

- oui non à des médicaments ? Si oui, lesquels ?
- oui non à des aliments ? Si oui, lesquels ?
- oui non faites-vous des crises d'asthme ?
- oui non aux piqûres d'insectes ?
- oui non poussière, acariens, graminées (préciser) ?.....
- autre (préciser la cause de l'allergie) ?.....

Comment se manifestent ces réactions ?

Quel est le traitement que vous prenez en cas d'allergie ou asthme ?

.....
.....

Renseignements médicaux

Devez-vous suivre un **traitement médical** (même pour allergie) pendant le séjour? oui non

Si oui, pour quelle raison ?

Quel traitement ?

.....

Indiquer ci-après

Les antécédents de santé (maladies, accident, crises d'épilepsie, tétanie, spasmophilie, hospitalisations, opérations, rééducation).

Préciser les dates et les précautions à prendre.

Recommandations particulières (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires)

.....
.....
.....
.....
.....

Si transmission d'informations médicales elles doivent être sous pli cacheté

Je soussigné,, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires en cas d'inconscience.

Date :

Signature :