

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI PEUVENT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE VOTRE CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. NOM : _____ PRENOM : _____
 SEXE masculin féminin DATE DE NAISSANCE : _____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	/ /
Du DT coq	/ /
Du Tétracoq	/ /
D'une prise polio RAPPELS	/ /
	/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	/ /	VACCIN	/ /	/ /
REVACCINATION	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /	/ /

SI VOUS N'ETES PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	/ /
.....	/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX VOUS CONCERNANT

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /
 / /
 / /

IV. RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :

.....

ACTUELLEMENT SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI VOUS DEVEZ SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT LE SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

VOTRE NUMERO DE SECURITE SOCIALE n° de tél. DOMICILE BUREAU

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

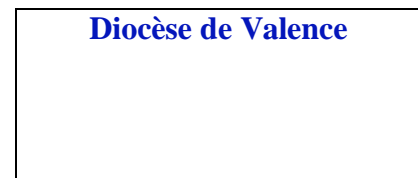
Je soussigné, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par mon état de santé.

Signature :
 DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : LOURDES Cachet de l'Organisme (siège social)

du : 19 juillet 2026
 au : 24 juillet 2026



OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone) PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

