

Retraite préparation sacramentelle - Collégiens 2026

Fiche sanitaire

Cette fiche confidentielle sera conservée pour la durée du pèlerinage par l'équipe médicale. Elle sera détruite à l'issu du pèlerinage. Nous vous demandons, dans l'intérêt de votre enfant de la compléter avec toute la rigueur nécessaire.

I] IDENTITÉ DU JEUNE

NOM Prénom : _____

Date de naissance : _____

Fille / Garçon

Taille : _____ Poids : _____

II] AUTORISATION DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

<u>Vaccins séparés</u>	OU <u>vaccins multiples</u>
Anti poliomyélite :	DTPolio :
Anti diphtérie :	Tétracoq :
Anti tétanos :	

Merci de fournir une copie du carnet de vaccination ou des pages "vaccinations" correspondantes du carnet de santé.

III] RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Dans les parties 3 et 4, si rien n'est applicable, notez "RAS" :

- Antécédents médicaux / chirurgicaux importants ou récents :
- Maladies importantes contractées dans le passé :

Rougeole : Oui / Non	Rubéole : Oui / Non	Coqueluche : Oui / Non	Angine : Oui / Non
Oreillons : Oui / Non	Scarlatine : Oui / Non	Varicelle : Oui / Non	Otite : Oui / Non

- Handicaps et description de leurs impacts possibles sur l'enfant durant le séjour :
- Pathologies chroniques ou aiguës en cours (maladies, asthme, ...), précautions particulières et conduite à tenir quotidiennement ou en cas de crise :
- Allergies alimentaires ou médicamenteuses, causes, précautions particulières et conduite à tenir en cas de crise :

Retraite préparation sacramentelle - Collégiens 2026

Fiche sanitaire

IV] RECOMMANDATION DES PARENTS

- L'enfant possède-t-il des lunettes, lentilles, appareillages ou tout autre dispositif médical ? Si précautions particulières les préciser :
- Tout autres éléments d'ordre médical à signaler à l'équipe d'animation ou susceptibles d'avoir des répercussions sur le bon déroulement du séjour :

V] EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter : _____

Lien avec le jeune : _____

Coordonnées téléphoniques n°1 : _____

n°2 : _____

N° de sécurité sociale de rattachement du jeune : _____

NOM de la mutuelle : _____

Numéro de contrat : _____

Autre personne à contacter si injoignable : _____

N° de téléphone : _____