

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant votre stage/formation.

### 1 INFORMATIONS GÉNÉRALES (OBLIGATOIRE)

NOM :  DATE DE NAISSANCE :

(NOM DE JEUNE FILLE) :  LIEU DE NAISSANCE :

PRÉNOM :   HOMME  FEMME

N° SÉCURITÉ SOCIALE :  GROUPE SANGUIN (FACULTATIF) :

### 2 VACCINATIONS (FACULTATIF)

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autres (préciser)	<input type="text"/>

Si vous n'avez pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### 3 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRE)

Suivez-vous un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, précisez les médicaments et éventuellement la posologie :

Avez-vous des allergies ?

	Oui	Non	Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir (si automédication, le signaler)
Respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Indiquez les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **dates** et les **précautions à prendre** :

**4 RECOMMANDATIONS UTILES (FACULTATIF)**

Portez-vous des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

**5 PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (OBLIGATOIRE)**

NOM :       PRENOM :

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) :

CODE POSTAL :       VILLE :

N° DE TELEPHONE :

NOM ET N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné,  déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et  autorise /  n'autorise pas (cochez la mention) le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de la personne.

DATE :

SIGNATURE :