

NOM : Prénom :
Date et lieu de naissance :/...../..... à :
Tel. domicile : Portable.....
Nationalité : Sexe : Homme Femme
Numéro sécurité sociale.....
Groupe sanguin :
Nom et tel. du médecin référent :

I. Vaccinations à la date du : (préciser la date actuelle)

Dernier rappel Diphtérie, tétanos, polio :.....
BCG : Coqueluche :.....Hépatite B : Typhoïde :.....

II- Renseignements médicaux : indiquer les difficultés de santé

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....

Traitement à suivre pendant le séjour : (joindre les photocopies des ordonnances.)

.....

Allergies :

Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non

Asthme : oui non

Autres :

III- Recommandations utiles : préciser si vous portez lunettes, prothèses auditives, dentaires

.....

IV- Contact en cas d'urgence pendant la durée du stage Mon But :

Nom :Prénom :

Lien parental :

Tel .domicilePortable.....

Courriel.....@.....

Je soussigné, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage Mon But à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

Date et signature (précédée de la mention lu et approuvé)