

FICHE SANITAIRE PELERINAGE DIOCESAIN LOURDES

5-11 JUJILLET 2026

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'urgence, elle évite de vous munir de votre carnet de santé et sera détruite à la fin du séjour. Merci de nous indiquer tout changement d'ici votre départ.

IDENTITE DU PELERIN

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON : ☐

FILLE : ☐

INFORMATIONS NECESSAIRES EN CAS D'URGENCE

POIDS :

KG :

TAILLE

CM

GROUPE SANGUIN :

A+ ☐ B+ ☐ O+ ☐ AB+ ☐

A- ☐ B- ☐ O- ☐ AB- ☐

VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATIONS)

DATES DES DERNIERS RAPPELS

DATES DES DERNIERS RAPPELS

DIPHTERIE

DIPHTERIA

/ /

TETANOS

TETANUS

/ /

HEPATITE B

HEPATITIS B

/ /

RUBEOLE

RUBELLA

/ /

OREILLONS

MUMPS

/ /

COQUELUCHE OU DT POLIO

WOOPING COUGH

/ /

ROUGEOLE

MEASLES

/ /

POLIOMYELITIS

POLIOMYELITIS

/ /

BCG OU TETRACOQ

BCG OR TETRACOQ

/ /

COVID19

COVID

/ /

AUTRES (PRECISER)

ALTRO (SPECIFICARE) / OTHERS (TO SPECIFY)

Pneumocoque

Pneumococco

/ /

☞ Si n'avez pas fait les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

PELERIN MINEUR

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Lien de parenté (rayer les mentions inutiles) : père — mère — tuteur légal

responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans un sac au nom de l'enfant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

(Si certains médicaments doivent être conservés au frais, merci de nous fournir un petit sac isotherme avec bac pour le voyage.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PELERIN

LE PELERIN A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Maladies chroniques

- ☐ Asthme
- ☐ Diabète
- ☐ Épilepsie
- ☐ Maladie de Crohn
- ☐ Maladie cardiaque
- ☐ Autre / Other : _____

Antécédents médicaux importants

- ☐ Infarctus
- ☐ AVC
- ☐ Hospitalisation récente (Précisez) _____
- ☐ Chirurgie lourde (Précisez) _____
- ☐ Autre / Other: _____

Troubles particuliers

- ☐ Crises de panique
- ☐ Convulsions
- ☐ Troubles du comportement (bipolaire, Psychose...)
- ☐ Phobies sévères
- ☐ Autre / Other: _____

Traitement en cours

Oui / Yes ☐ Non / No Si oui, précisez :

→ _____

Conduite à tenir en cas d'urgence

→ _____

→ _____

ALLERGIES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

ALIMENTAIRES :

MEDICAMENTEUSES :

AUTRES :

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :

NUMERO DE TELEPHONE :

MÉDECIN TRAITANT

NOM :

NUMERO DE TELEPHONE :