



PELERINAGE DIOCESAIN TAIZE 12-16 AVRIL 2023

Renseignements concernant le jeune mineur

Nom : Prénom :
Adresse :
Cp | | | | | Ville
Date de naissance ___ / ___ / ___ Lieu de naissance.....

Renseignements concernant la famille

Responsable légal du jeune (nom et prénom).....
☎ portable
Courriel

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le rassemblement du jeune mineur ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune mineur).

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Date derniers rappels | Vaccins recommandés | date |
|----------------------|-----|-----|-----------------------|---------------------|------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rub-oreil-roug. | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si le jeune mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Le jeune mineur suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non.
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (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**

3. LE JEUNE MINEUR A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole OUI NON Varicelle OUI NON Angine OUI NON Rhumatisme articulaire OUI NON
Coqueluche OUI NON Otite OUI NON Rougeole OUI NON Oreillons OUI NON Scarlatine OUI NON

4. ALLERGIES :

Asthme OUI NON Alimentaire OUI NON Médicamenteuse OUI NON Autres (précisez)
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

5. DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

6. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc,... Précisez

Autorisation parentale

Je, soussigné,

autorise les responsables du pèlerinage diocésain à faire pratiquer en cas d'urgence, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant mineur.

autorise mon enfant mineur à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du pèlerinage.

autorise mon enfant mineur à voyager en voiture individuelle en cas de besoin (consultation chez un professionnel de santé notamment)

autorise le service Evangélisation Jeunes Vocations à reproduire librement et gratuitement les photographies de mon enfant mineur dans les différentes publications du service et du diocèse (sites internet diocésain, flyer...)

autorise le service Evangélisation Jeunes Vocations à informer mon enfant mineur d'autres propositions de rassemblements autre que le pèlerinage diocésain à Taizé.

A..... Le ____/____/____ Signature