



FICHE MEDICALE

(A retourner par mail)

COORDONNEES STAGIAIRE :

NOM :

PRENOM :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons	
Poliomyélite				Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

Si vous n'êtes pas à jours dans vos vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Suivez-vous un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées à votre nom avec la notice)

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes ? (cocher par case)

Rubéole		Coqueluche		Varicelle		Otite		Rhumatisme articulaire aigu	
Oreillons		Rougeole		Scarlatine		Angine		Covid-19	

Avez-vous des allergies ?

Asthme		Alimentaires		Médicamenteuse		Autres	
--------	--	--------------	--	----------------	--	--------	--

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

Date :

(Lu et approuvé) Signature des parents :