



FICHE SANITAIRE ZECAMP 2020 – 18 juillet au 25 juillet 2020

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour. N'hésitez pas à y ajouter tout élément qui vous paraît important pour le bon déroulement de votre camp.

I. PARTICIPANT

Nom : _____ Prénom: _____

Date de Naissance : ____/____/____

Sexe : Masculin Féminin

SEJOUR : du 18/07/2020 au 25/07/2020

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (nom + coordonnées)

II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

INDIQUEZ ICI LES DIFFICULTES DE SANTE qui peuvent influencer le déroulement de votre séjour (asthme, allergies) :

III. RECOMMANDATIONS

Avez-vous des allergies ? Allergies alimentaires ?

Devrez-vous suivre un traitement médicamenteux pendant le camp ? Non / Oui

Si vous devez suivre un traitement pendant votre séjour, n'oubliez pas de prendre avec vous une copie de votre ordonnance.

Je, soussigné(e), _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, consultation médicale) rendues nécessaires par mon état.

Date et Signature :