

FICHE SANITAIRE – ADULTES



NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

HOMME FEMME

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

N° DE TÉLÉPHONE : _____

GROUPE SANGUIN : _____

1 – VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

| OBLIGATOIRES | OUI | NON | FACULTATIFS | OUI | NON |
|--------------------|-----|-----|-------------------|-----|-----|
| Diphtérie | | | Hépatite A | | |
| Tétanos | | | Hépatite B | | |
| Poliomyélite | | | Fièvre jaune | | |
| Ou DT polio | | | Typhoïde | | |
| Ou Tétracoq | | | Autres (préciser) | | |

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ADULTE :

Suivez-vous un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Avez-vous un PAI ? oui non

- ALLERGIES :

- Alimentaires : oui non
- Médicamenteuse : oui non
- Autres : _____

- PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) : _____

- AUTRES INFORMATIONS DE SANTÉ : _____

3 – PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM _____ PRÉNOM _____

N° DE TÉLÉPHONE _____

LIEN AVEC LA PERSONNE _____

Je soussigné(e), _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :