



FICHE MEDICALE

(A retourner à : C. Blanche 44 rue du Mal Joffre 64000 Pau)

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)

**Autorisation parentale, fiche de liaison, Fiche médicale
à renvoyer complétées.**