



# Voyage du BDS EFREI du 23/04/2023 au 27/04/2023

## Fiche Sanitaire

Tous les participants doivent être en possession de leur carte vitale sur eux au moment du départ. En cas de non-possession, le participant s'engage à régler les frais qui pourraient être liés à un traitement médical d'urgence.

**Nom** : .....

**Prénom** : .....

**Date de naissance** : .....

**Sexe** (rayer la mention inutile) : Homme / Femme / Non-Binaire

Suivez-vous un **traitement médical** : oui / non

Si oui, merci de préciser le traitement et les doses (ordonnance à prévoir) :

.....  
.....

**Allergies** :

Pour toutes cases cochées merci de préciser à quoi vous êtes allergiques

- Asthme
- Alimentaires
- Médicamenteuses
- Autres

Merci de préciser la cause et la conduite à tenir :

.....  
.....  
.....  
.....

**Indiquez ci-après :**

**Les difficultés de santé** (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation...) en précisant les **dates** et les **précautions** à prendre.

.....  
.....  
.....  
.....

Portez-vous des lentilles, des lunettes, un appareil dentaire, etc.... (précisez le cas échéant).

.....  
.....  
.....

**Contact d'urgence :**

Nom : .....

Prénom : .....

Relation (Parents, amis....): .....

Adresse : .....

.....

Numéro de téléphone : .....

Je soussigné.e Mme. / M. , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du participant.

Fait à \_\_\_\_\_, Le \_\_ / \_\_ / 2023

Signature, précédé de la mention "lu et approuvé" :