



Voyage du BDS EFREI du 24/04/2025 au 27/04/2025

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 __ / __ / 2025

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