



Fiche Sanitaire de Liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'accident pendant votre formation et sera détruite à la fin de la formation.

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Sexe :

Dates et lieu de la Formation :

VACCINATIONS : (vous référer à votre carnet de santé ou à vos certificats de vaccinations).

Diphtérie	à jour : oui / non	date :
Hépatite B	à jour : oui / non	date :
Tétanos Rubéole-Oreillons-Rougeole	à jour : oui / non	date :
Poliomyélite Coqueluche	à jour : oui / non	date :
ou DT polio	à jour : oui / non	date :
ou Tétracoq	à jour : oui / non	date :
BCG	à jour : oui / non	date :
Autres (préciser)	à jour : oui / non	date :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT :

Suivez-vous un traitement médical pendant la formation ? oui / non

Pensez à prendre une copie de votre ordonnance

ALLERGIES ALIMENTAIRES: oui / non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES : oui / non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

ASTHME : oui / non

AUTRES.....
.....
.....



Fiche Sanitaire de Liaison

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Personne à prévenir en cas d'hospitalisation ou tout autre raison jugée utile par la direction de la formation:

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

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

Téléphones fixe et portable :

Domicile :

Travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné, 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 mon état de santé.

Date :

Signature :