

## FICHE SANITAIRE 2024

Nom : ..... Prénom :

.....

**Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Vaccin	oui	non	Date du dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			
BCG			
COVID			

**Allergies :**

	oui	non	Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :
asthme			
alimentaires			
médicamenteuses			
autres			

Portez-vous des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? Précisez :

Un traitement médical sera-t-il suivi pendant le pèlerinage ?

oui    non

*Si oui, emporter la dernière ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice)*

Indiquez ci-après (et si besoin au dos) les difficultés de santé éventuelles et les précautions à prendre :

**Le responsable légal : Nom et prénom** .....

**Date** : ..... **Signature** :

Direction des pèlerinages - 16 rue du Barbâtre - 51100 REIMS

Tél Pélé: 03 26 48 41 08 / Tél responsable :06.79.42.66.37

E-mail : [pelerinages.reims-ardennes@wanadoo.fr](mailto:pelerinages.reims-ardennes@wanadoo.fr)