



JUBILÉ MONDIAL DES JEUNES ASSISE ET ROME 2025

PROCEDURE FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- Remplir la fiche sanitaire de manière la plus complète possible
- Joindre en complément une photocopie des vaccinations (extraite du carnet de santé), ainsi que les pièces demandées dans la fiche si besoin (ordonnance, certificat...)
- Le tout à remettre au **responsable de groupe**
- **Ne PAS télécharger sur Venio**

FICHE SANITAIRE JUBILE DES JEUNES 2025

SANITARY SHEET

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'urgence, elle évite de vous munir de votre carnet de santé et sera détruite à la fin du séjour. Merci de nous indiquer tout changement d'ici votre départ.

IDENTITE DU PELERIN <i>IDENTITA DEL PELLEGRINO / IDENTITY OF THE PILGRIM</i>		
NOM <i>NOME / NAME</i>		
PRENOM <i>NOME DI BATTESIMO / LAST NAME</i>		
DATE DE NAISSANCE <i>DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH</i>	<input type="checkbox"/> GARÇON : <i>RAGAZZO / BOY</i>	<input type="checkbox"/> FILLE : <i>RAGAZZA / GIRL</i>

INFORMATIONS NECESSAIRES EN CAS D'URGENCE <i>INFORMAZIONI NECESSARIE IN CASO DI EMERGENZA / INFORMATION NEEDED IN THE EVENT OF EMERGENCY</i>			
POIDS KG <i>PESO / WEIGHT</i>	TAILLE CM <i>ALTEZZA / SIZE</i>	GRUPE SANGUIN <i>GRUPPO SANGUIGNO / BLOOD GROUP</i>	A+ <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/>
MALADIES PARTICULIERES <i>MALATTIA PARTICOLARE / PARTICULAR ILLNESSES</i>			

VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATIONS) <i>VACCINAZIONI (FARE RIFERIMENTO AL FASCICOLO SANITARIO O AI CERTIFICATI DI VACCINAZIONE) / VACCINATIONS (REFER TO HEALTH NOTEBOOK OR VACCINATION CERTIFICATES)</i>			
DATES DES DERNIERS RAPPELS <i>DATA DEGLI ULTIMI RICHIAMI / DATE OF LAST REMINDERS</i>			
DIPHTERIE <i>DIFTERITE / DIPHTERIA</i>/...../.....	TETANOS <i>TETANO / TETANUS</i>/...../.....
HEPATITE B <i>EPATITE B / HEPATITIS B</i>/...../.....	RUBEOLE <i>ROSOLIA / RUBELLA</i>/...../.....
OREILLONS <i>ORECCHIONI / MUMPS</i>/...../.....	COQUELUCHE OU DT POLIO <i>PERTOSSE O POLIOMIELITE DT / WHOOPING COUGH</i>/...../.....
ROUGEOLE <i>MORBILLO / MEASLES</i>/...../.....	POLIOMYELITE <i>POLIOMIELITE / POLIOMYELITIS</i>/...../.....
BCG OU TETRACOQ <i>BCG O TETRACOQ / BCG OR TETRACOQ</i>/...../.....	COVID/...../.....
AUTRES (PRECISER) <i>ALTRO (SPECIFICARE) / OTHERS (TO SPECIFY)</i>			

- Si n'avez pas fait les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
- Se non si sono effettuate le vaccinazioni obbligatorie, allegare un certificato medico di controindicazione.

PELERIN MINEUR PELERINA MINORE / MINOR PILGRIM	
<p>Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant mineur, 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 de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.</p>	<p>NOM <i>NOME / NAME</i></p> <p>PRENOM <i>PRENOMBRE / APELIDO / LAST NAME</i></p> <p>LIEN DE PARENTE <i>RELAZIONE FAMILIARE / RELATIONSHIP</i></p> <p>SIGNATURE <i>FIRMA / SIGNATURE</i></p>

LE PELERIN SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ?

IL PELLEGRINO SI SOTTOPONE A QUALCHE TRATTAMENTO MEDICO DURANTE IL SOGGIORNO? / IS THE CHILD UNDERGOING MEDICAL TREATMENT DURING THE STAY ?

- OUI NON
SI / YES NO

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PELERIN <i>INFORMAZIONI MEDICHE PER I PELLEGRINI / MEDICAL INFORMATION CONCERNING THE PILGRIM</i>			
LE PELERIN A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? <i>IL PELLEGRINO HA MAI AVUTO LE SEGUENTI MALATTIE? / HAS THE PILGRIM EVER HAD THE FOLLOWING ILLNESSES ?</i>			
<input type="checkbox"/>	RUBEOLE <i>ROSOLIA / RUBELLA</i>	<input type="checkbox"/>	OREILLONS <i>ORECCHIONI / MUMPS</i>
<input type="checkbox"/>	VARICELLE <i>VARICELLA</i>	<input type="checkbox"/>	SCARLATINE <i>SCARLATTINA / SCARLET FEVER</i>
<input type="checkbox"/>	ANGINE <i>ANGINA / ANGINA</i>	<input type="checkbox"/>	COQUELUCHE <i>PERTOSSE / WHOOPING COUGH</i>
<input type="checkbox"/>	OTITE <i>OTITIS</i>	<input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <i>MORBILLO / MEASLES</i>
<input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <i>FEBBRE REUMATICA / ACUTE ARTICULAR RHUMATISM</i>		
<p>Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. <i>Indicare di seguito: difficoltà di salute. / Indicate below : the health difficulties</i></p>			

<p>ALLERGIES <i>ALLERGIE / ALLERGIES</i></p> <p>Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler). <i>Specificare la causa dell'allergia e l'azione da intraprendere (se automedicante, segnalarlo) / Specify the cause of the allergy and what to do (if self medication, report it).</i></p>
<p>ALIMENTAIRES <i>CIBO / FROM FOOD</i></p>
<p>MEDICAMENTEUSES <i>MEDICINALI / MEDICADED</i></p>
<p>AUTRES <i>ALTRAS / OTHERS</i></p>

<p>PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE <i>PERSONA DA AVVISARE IN CASO DI EMERGENZA / PERSON TO CONTACT URGENTLY</i></p>	<p>MEDECIN TRAITANT <i>MEDICO CURANTE / DOCTOR</i></p>
<p>NOM <i>NOME / NAME</i></p> <p>PRENOM <i>PRENOMBRE / APELIDO / LAST NAME</i></p> <p>LIEN DE PARENTE <i>RELAZIONE FAMILIARE / RELATIONSHIP</i></p> <p>NUMERO DE TELEPHONE : <i>NUMERO DI TELEFONO / PHONE NUMBER</i></p>	<p>NOM <i>NOME / NAME</i></p> <p>PRENOM <i>PRENOMBRE / APELIDO / LAST NAME</i></p> <p>NUMERO DE TELEPHONE : <i>NUMERO DI TELEFONO / PHONE NUMBER</i></p>