

FICHE MEDICALE MEDICAL FACTSHEET

CODE CHANTIER | WORKCAMP CODE

NOM DU CHANTIER | WORKCAMP NAME

FICHE D'IDENTITÉ DU / DE LA BÉNÉVOLE | PROFILE OF THE VOLUNTEER

Nom | Last Name

Prénom | First name

Date et lieu de naissance | Date and place of birth

N° de sécurité sociale | Social security number

N° téléphone des parents/tuteur·rice·s légaux·ales

Home phone number

N° téléphone du lieu de travail des parents/tuteur·rice·s légaux·ales

Work phone number (parents)

Nom et adresse de la personne responsable du·de la bénévole pendant les dates du chantier
(parent ou tuteur·rice légal·e)

Name and address of person responsible for the volunteer during the workcamp dates
(parent or legal guardian)

MÉDECIN | DOCTOR

Nom du·de la médecin traitant·e | Doctor's name

N° téléphone du·de la médecin traitant·e | Doctor's phone number

ASSURANCE DU·DE LA BÉNÉVOLE | INSURANCE COVER FOR THE VOLUNTEER

Nom de l'assurance | Name of insurance

N° de police d'assurance | Insurance policy number

INFORMATIONS MÉDICALES | MEDICAL INFORMATION

Ces informations sont confidentielles et ne servent qu'en cas d'accident ou de maladie pendant un séjour. **Veillez joindre à cette fiche une copie de tout document utile pour compléter ces informations ainsi qu'une copie du carnet de vaccination avec le nom de votre enfant sur chaque page ou une attestation du médecin certifiant que votre enfant est à jour dans ses vaccinations.**

This information is strictly confidential and will only be used in case of illness or accident during the project. **Please join a copy of any relevant medical documents to this factsheet if in your possession. Please attach to this form a copy of any useful document to complete this information as well as a copy of the vaccination record with your child's name on each page or a certificate from the doctor certifying that your child is up to date with his or her vaccinations.**

VACCINS | VACCINATION DATE DU DERNIER RAPPEL - DATE OF LAST INJECTION

Diphtérie Diphtheria	<input type="text"/>
Tétanos Tetanus	<input type="text"/>
Polio	<input type="text"/>
Coqueluche Whooping cough	<input type="text"/>
B.C.G.	<input type="text"/>
Rougeole Measles	<input type="text"/>
Oreillons Mumps	<input type="text"/>
Rubéole Rubella	<input type="text"/>
Hépatite Hepatitis	<input type="text"/>
Méningite Meningitis	<input type="text"/>

Veillez indiquer toute allergie connue et le traitement à suivre | Please list any known allergies and the necessary treatment

Traitement médical | Medication

Autres informations utiles sur la santé du/de la bénévole | Other useful information on volunteer's health

Je soussigné·e | I hereby

nom complet du·de la parent / tuteur·rice | full name of parent/gardian

la mère | mother le père | father le·la tuteur·rice | legal guardian

certifie avoir transmis toutes les informations médicales nécessaires à la bonne prise en charge de
assure | having shared all relevant/necessary medical information for taking good charge of

mon fils | my son ma fille | my daughter mon·ma pupille | my charge

autorise le·la directeur·rice de ce séjour à prendre toute mesure médicale nécessaire en cas
d'urgence pour | give my consent to the director·ress of this camp to take any necessary medical action
in case of an emergency for

nom complet / full name

mon fils | my son ma fille | my daughter mon·ma pupille | my charge

Fait à | Signed at (*place of signature*)

Le | Date

Signature des parents / tuteur·rice·s | Signature of parents / legal guardians