

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

FORMULARZ MEDYCZNY

NOM : _____
Nazwisko

PRÉNOM : _____
Imię

DATE DE NAISSANCE : _____
Data urodzenia

GARÇON ☐ FILLE ☐
Chłopiec Dziewczynka

1 – VACCINATIONS/SZCZEPIENIA (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune/ powołać się na książeczkę zdrowia lub na zaświadczenia o szczepieniach).

Pas de photocopie.

VACCINS OBLIGATOIRES Szczepienia obowiązkowe	Oui tak	Non nie	DATES DES DERNIERS RAPPELS daty ostatnich szczepień	VACCINS RECOMMANDÉS Szczepienia zalecane	DATES daty
Diphtérie <i>Błonica (difteryt)</i>				Hépatite B <i>Zapalenie wątroby typu B</i>	
Tétanos <i>Tężec</i>				Rubéole-Oreillons-Rougeole <i>Odra-świnka-rożyczka</i>	
Poliomyélite <i>Paraliż dziecięcy (Heine medina)</i>				Coqueluche <i>krztusiec/ koklusz</i>	
Ou DT polio				Autres (préciser) <i>Inne</i>	
OuTétracoq					
BCG <i>Gruźlica</i>					

SI LE PARTICIPANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Jeśli osoba nie posiada obowiązkowych szczepień proszę podać zaświadczenie o ich przeciwwskazaniu. Uwaga, szczepionka przeciw tężcowi nie ma przeciwwskazań

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE PARTICIPANT / INFORMACJE MEDYCZNE

Le jeune suit-il un traitement médical pendant la durée du pèlerinage ? Oui ☐ non ☐

Czy dziecko zażywa aktualnie jakiś lek ?

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Jeśli tak podać wskazanie lekarskie (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice)

(oryginalne opakowanie lekarstw wystawione na nazwisko danej osoby, oraz opis lekarstwa)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Zaden lek nie będzie stosowany bez recepty

A titre indicatif LE PARTICIPANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? Przebyte choroby :

RUBÉOLE <i>Odra</i> OUI ☐ NON ☐	VARICELLE <i>Ospa wietrzna</i> OUI ☐ NON ☐	ANGINE <i>Angina</i> OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <i>Gorączka reumatyczna</i> OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE <i>Krztusiec</i> OUI ☐ NON ☐	OTITE <i>Zapalenie ucha</i> OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE <i>Rożyczka</i> OUI ☐ NON ☐	OREILLONS <i>Świnka</i> OUI ☐ NON ☐
			SCARLATINE <i>Szkarlatyna</i> OUI ☐ NON ☐

ALLERGIES/Alergie :

ASTHME *Astma* oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSES *na lek* oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES *pokarmowa* oui ☐ non ☐

AUTRES *Inne*.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Przyczyny alergii i leczenie farmakologiczne. Jakiego są zalecenia ?



P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours podać stan aktualnego leczenia ? oui ☐ non ☐
(joindre le protocole et toutes informations utiles) (podać wszystkie niezbędne informacje)

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

Proszę wskazać problemy zdrowotne (choroba, wypadek, drgawki, hospitalizacja, chirurgia, rehabilitacja) określając środki ostrożności.

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES **Dodatkowe informacje obowiązkowe** (à renseigner obligatoirement.)

LE PARTICIPANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐ DES LUNETTES *Okulary*: oui ☐ non ☐
Czy dziecko nosi soczewki kontaktowe au besoin prévoir un étui au nom du jeune
DES PROTHÈSES AUDITIVES *Aparat słuchowy*: oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom du jeune
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE *Protezy stomatologiczne*: oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom du jeune
AUTRES RECOMMANDATIONS *inne zalecenia*/ PRÉCISEZ *proszę sprecyzować* (ex : qualité de peau, crème solaire) (*rodzaj skóry, krem słoneczny*)

4- PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM *Nazwisko*..... PRÉNOM *Imię*.....

TÉL JOIGNABLE PENDANT TOUTE LA DUREE DU PELERINAGE :

Telefon kontaktowy w trakcie całej pielgrzymki

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) *numer telefonu lekarza prowadzącego (nieobowiązkowo)*

Je soussigné(e),responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. J'autorise le responsable à sortir le jeune des urgences sur avis médical.

Ja, niżej podpisany,odpowiadający prawnie za dziecko, deklaruje że powyższe dane zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe i zezwalam odpowiedzialnemu do podjęcia wszelkich decyzji (leczenie, hospitalizacja, chirurgia) niezbędnych ze względu na stan zdrowia dziecka, według wskazań lekarza i / lub służb ratowniczych, jedynych uprawnionych do wyboru szpitala. Zezwalam osobę nadzorującą na wypisanie mojego dziecka z pogotowia medycznego pod warunkiem zgody lekarza.

Date *data* :

Signature *podpis* :

