

Informations Médicales

- SEJOUR D'APAISEMENT EN ITINERANCE
- SEJOUR DE REMOBILISATION AU MAROC
- SERVICE SAAS LVA LE RELAIS

Nom, prénom de l'adolescente :

Date de naissance :

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

- Nom :
- Prénom :
- E-mail :
- Numéro de Portable :
- Lien Skype ou Zoom :

Date et signature des responsables légaux :

PREVENTION

Traitements et/ou soins particuliers et/ou besoins de santé spécifiques devant être observés (traitements en cours ou permanents, Allergies, précautions alimentaires...).

Une consultation dentaire a été organisée en date du :

*(*Obligatoire, joindre certificat médical)*

Une consultation chez un gynécologue a été organisée en date du

*(*Obligatoire, joindre certificat médical)*

Tout traitement en cours doit avoir été signifié en amont du départ

Pour les documents cités ci-dessous, une copie doit préalablement être transmise avant départ pour les séjours au Maroc :

A son arrivée au Maroc, l'adolescente doit être en possession de :

- Son carnet de vaccination ou d'attestations témoignant des vaccinations
- Le cas échéant, les médicaments en lien avec d'éventuels traitements en cours, ainsi que les ordonnances afférentes

Il appartient également aux responsables légaux de communiquer tout extrait du carnet de santé qu'ils jugeront utile à une prise en charge adaptée.

VACCINATION

Les vaccinations incluses dans le calendrier vaccinal sont à jour * :

(Joindre une copie du calendrier vaccinal)

Commentaires éventuels :

Pour chacun des vaccins, merci d'indiquer la date figurant sur l'attestation de vaccination et de joindre une copie de cette attestation.

Fièvre Jaune :

COVID 19 :

Typhoïde :

Méningite à Méningocoques :

Hépatite A :

Hépatite B :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur :

Exerçant au (veuillez indiquer les coordonnées postales et téléphoniques)

Déclare avoir examiné ce jour

Mr ou Mme _____

et certifie que son état de santé lui permet de :

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| • Voyager en avion : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| • Vivre en collectivité : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| • Pratiquer l'équitation : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| • Pratiquer des activités physiques et sportives : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |

Observations éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à _____ , le _____

(Signature et cachet)



CONTACT UNIJEUNES :

Siège : 55 rue Grignan 13006 Marseille –Mail : admission@unijeunes.com- Tél Pro : 06 83 49 86 43-web : www.unijeunes.com