



FICHE SANITAIRE JMJ LISBONNE 2023

HOJA DE SALUD JMJ LISBOA 2023 / FORMULARIO DE SAUDE JMJ LISBOA 2023 / SANITARY SHEET WYD 2023



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

IDENTIDAD DEL PEREGRINO / IDENTIDADE DO PEREGRINO / IDENTITY OF THE PILGRIM

NOM

NOMBRE / NOME / NAME

PRENOM

PRENOMBRE / APELIDO / CHRISTIAN NAME

DATE DE NAISSANCE

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO / DATE OF BIRTH

GARÇON :

NINO / MENINO / BOY

FILLE :

NINA / MENINAV / GIRL

INFORMATIONS NECESSAIRES EN CAS D'URGENCE

INFORMACIONES NECESARIA EN CASO DE EMERGENCIA / INFORMAÇÕES NECESSARIAS EM CASO DE EMERGENCIA / INFORMATION NEEDED IN THE EVENT OF EMERGENCY

POIDS

PESO / PESO / WEIGHT

KG

TAILLE

TAMANO / ALTURA / SIZE

CM

GROUPE SANGUIN

GRUPO SANGUINEO / TIPO SANGUINEO / BLOOD GROUP

A+ B+ O+ AB+

A- B- O- AB-

MALADIES PARTICULIERES

ENFERMEADES PARTICULARES / DOENÇAS ESPECIFICAS / PARTICULAR ILLNESSES

VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATIONS)

VACUNACIONES (CONSULTAR EL HISTORIAL MEDICO O LOS CERTIFICADOS DE VACUNACION) / VACINAS (CONSULTAR A CADERNETA DE SAUDE OU OS CERTIFICADOS DE VACINA) / VACCINATIONS (REFER TO HEALTH NOTEBOOK OR VACCINATION CERTIFICATES)

DATES DES DERNIERS RAPPELS

FECHA DE LOS ULTIMOS RECORDADORES / DATAS DAS ULTIMAS DOSES DAS VACINAS / DATE OF LAST REMINDERS

DATES DES DERNIERS RAPPELS

FECHA DE LOS ULTIMOS RECORDADORES / DATAS DAS ULTIMAS DOSES DAS VACINAS / DATE OF LAST REMINDERS

DIPHTERIE

DIFTERIA / DIFTERIA / DIPHTERIA

HEPATITE B

HEPATITIS B / HEPATITE B / HEPATITIS B

OREILLONS

PAPERAS / PAPEIRA / MUMPS

ROUGEOLE

SARAMPION / SARAMPO / MEASLES

BCG OU TETRACOQ

BCG O TETRACOQ / BCG OU TETRACOQ / BCG OR TETRACOQ

AUTRES (PRECISER)

OTROS (ESPECIFICAR) / OUTROS (ESPECIFICAR) / OTHERS (TO SPECIFY)

TETANOS

TETANOS / TETANO / TETANUS

RUBEOLE

RUBEOLA / RUBEOLA / RUBELLA

COQUELUCHE OU DT POLIO

TOS FERINA O POLIO DT / TOSSE CONVULSA OU DT POLIO / WHOOPING COUGH

POLIOMYELITIS

POLIOMELITIS / POLIOMIELITE / POLIOMYELITIS

COVID

COVID / COVID / COVID

☞ Si n'avez pas fait les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Si no tiene las vacunas obligatorias, adjunta un certificado médico de contraindicación. / Se não fez as vacinas obrigatórias, queira anexar um certificado médico de contra-indicação. / If you haven't had the mandatory vaccinations, attach a medical certificate of contraindication.

PELERIN MINEUR

PEREGRINO MENOR / PEREGRINO MENOR / MINOR PILGRIM

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.

Yo el abajo firmante, responsable del menor, declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y autorizo a la persona encargada de la estancia a adoptar, en caso necesario, las medidas (tratamiento médico, hospitalización, intervención quirúrgica) que sean necesarias debido al estado del menor. También autorizo, si es necesario, al director de la estancia a sacar a mi hijo(a) del hospital tras la hospitalización. / Eu, abaixo assinado, responsável pela criança menor, declaro que as informações dadas neste formulário são correctas e autorizo o responsável da estadia a tomar, caso for necessário, quaisquer medidas (tratamento médico, hospitalização, intervenção cirúrgica) tornadas necessárias pelo estado da criança. Autorizo também, se necessário, o responsável da estadia a tirar o meu filho do hospital após a hospitalização. / I, the undersigned, legal responsible of the minor child, declare the informations given on this form to be accurate and allow the person in charge of the stay, if necessary, to take all measures (medical treatment, hospitalization, surgery) made necessary the condition of the child. I also authorize, if necessary, the director of the stay to get my child out of the hospital after hospitalization.

NOM

NOMBRE / NOME / NAME

PRENOM

PRENOMBRE / APELIDO / LAST NAME

LIEN DE PARENTE

RELACION DE FAMILIA / LIGAÇÃO FAMILIAR / RELATIONSHIP

SIGNATURE

FIRMA / ASSINATURA / SIGNATURE

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ?

? EL NIÑO ESTA EN TRATAMIENTO MEDICO ? / A CRIANÇA TEM ALGUM TRATAMENTO MEDICO DURANTE A ESTADIA? / IS THE CHILD UNDERGOING MEDICAL TREATMENT DURING THE STAY ?

OUI
SI / SIM / YES

NON
NO / NÃO / 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.

En caso afirmativo,, adjunte una receta reciente y la medicación correspondiente (cajas de medicamentos en su envase original marcadas con el nombre del niño y las instrucciones); No se puede tomar tomar ningún medicamento sin receta. / Se for o caso, queira anexar uma receita médica recente e a medicação correspondente (caixas de medicamentos na sua embalagem original marcadas com o nome da criança e as instruções). Nenhum medicamento podera ser tomado sem receita médica. / If yes, attach a recent prescription and the corresponding medications (boxes of medicines in their original packaging marked with the name of the child and with the notice. No medicine can be taken without a prescription.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PELERIN

INFORMACION MEDICA SOBRE EL PEREGRINO / INFORMAÇÕES MÉDICAS RELATIVAS AO PEREGRINO / MEDICAL INFORMATION CONCERNING THE PILGRIM

LE PELERIN A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

TIENE YA EL PEREGRINO LAS SIGUIENTES ENFERMETADES ? / O PEREGRINO JA TEVE ALGUMA DAS SEGUINTES DOENÇAS ? / HAS THE PILGRIM EVER HAD THE FOLLOWING ILLNESSES ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RUBEOLE
RUBEOLE / SARAMPO / RUBELLA | <input type="checkbox"/> OREILLONS
PAPERAS / PAPEIRA / MUMPS |
| <input type="checkbox"/> VARICELLE
VARICELA / VARICELA / VARICELLA | <input type="checkbox"/> SCARLATINE
FIEBRE ESCARLATA / ESCARLATINA / SCARLET FEVER |
| <input type="checkbox"/> ANGINE
ANGINA DE PECHO / ANGINA / ANGINA | <input type="checkbox"/> COQUELUCHE
TOS FERINA / COQUELUCHE / WHOOPING COUGH |
| <input type="checkbox"/> OTITE
OTITIS / OTITE / OTITIS | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE
SARAMPION / SARAMPO / MEASLES |
| <input type="checkbox"/> RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ
FIEBRE REUMATICA / REUMATISMO ARTICULAR GRAVE / ACUTE ARTICULAR RHUMATISM | |

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.

Indique a continuación : problemas de salud (enfermedad, accidente, comportamiento particular, convulsiones, hospitalización, operación, rehabilitación), especificando las fechas y las precauciones a tomar. / Indicar abaixo: Problemas de saúde (doença, acidente, comportamento particular, crises convulsivas, hospitalização, operação, reabilitação), especificando datas e precauções a serem tomadas. / Indicate below : the health difficulties (illness, accident particular behaviour, convulsive crises, hospitalization, operation, re-education), specifying the dates and the precautions to be taken.

ALLERGIES

ALERGIAS / ALERGIAS / ALLERGIES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Especifique la causa de la alergia y la medida que debe tomarse (si se automédica, indíquelo). / Especificar a causa da alergia e o que é necessário fazer (se for auto-medicante, indica-lo). / Specify the cause of the allergy and what to do (if self medication, report it).

ALIMENTAIRES

ALIMENTOS / ALIMENTARES / FROM FOOD

MEDICAMENTEUSES

MEDICAMENTOS / MEDICINAIS / MEDICADED

AUTRES

OTRAS / OUTRAS / OTHERS

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

PERSONAS A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA / PESSOA A CONTACTAR EM CASO DE EMERGENCIA / PERSON TO CONTACT URGENTLY

NOM
NOMBRE / NOME / NAME

PRENOM
PRENOMBRE / APELIDO / LAST NAME

LIEN DE PARENTE
RELACION DE FAMILIA / LIGAÇÃO FAMILIAR / RELATIONSHIP

NUMERO DE TELEPHONE :
NUMERO DE TELEFONO / NUMERO DE TELEFONE / PHONE NUMBER

MEDECIN TRAITANT

MEDICO REMITENTE / MEDICO DE FAMILIA / DOCTOR

NOM
NOMBRE / NOME / NAME

NUMERO DE TELEPHONE :
NUMERO DE TELEFONO / NUMERO DE TELEFONE / PHONE NUMBER