

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE VOYAGEUR

Pour le voyage au Sri Lanka (cocher la case appropriée) :

22 janvier au 8 février 2019 26 février au 15 mars 2019

Prénom et nom : -----

Date de naissance : -----

Adresse : -----

Le participant doit être en bonne santé et responsable de son état de santé.

Advenant le cas d'un suivi médical (et d'une médication éventuelle), le participant doit être totalement autonome et savoir gérer ses soins et médication seul.

Les informations suivantes sont à titre informatives pour l'équipe, au cas où un problème surviendrait. En aucun temps, l'équipe accompagnante ne pourra être tenue responsable de tout problème de santé qu'un participant pourrait contracter/développer.

Avez-vous des allergies ?

Alimentaires : OUI NON : lesquelles : -----

Aux médicaments : OUI NON
Si oui : lesquels : -----

Autres : Si OUI, précisez la cause, symptômes et la conduite à tenir :

Avez-vous des problèmes cardiaques ? OUI NON

Suivez-vous un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, pour quel(s) problème(s) de santé et le(s) médicaments correspondants :

Merci de prendre avec vous une copie de l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance).

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé dont il est important que nous soyons au courant - hypertension, asthme, palpitations, énurésie, maladie, accident, crises convulsives, etc. - en indiquant les précautions/soins à prendre :

Précisez si vous avez un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...) :

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT:

Médecin : -----

Téléphone : -----

Adresse : -----

Toute autre information de santé qui doit être connue des accompagnantes :

Personne à rejoindre en cas de besoin :

Prénom et nom : -----

Téléphone(s) avec indicatif du pays : -----

Je, soussigné(e), affirme que je suis parfaitement apte à participer à ce voyage en toute autonomie et que je suis entièrement responsable de ma santé et des soins et/ou médicaments que je dois faire/prendre.

A moins d'urgence naturellement, je n'attendrai aucun service de la part de l'équipe accompagnante de ce voyage ni ne pourrai les rendre responsable de mon état de santé.

Date : -----

Signature : -----