

GROUPE JMJ 2016:

<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1> <p><i>FORMULARZ MEDYCZNY</i></p>	NOM : _____ <i>Nazwisko</i>
	PRÉNOM : _____ <i>Imię</i>
	DATE DE NAISSANCE : _____ <i>Data urodzenia</i>
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> <i>Chłopiec Dziewczynka</i>

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 <i>Szczepienia obowiązkowe</i>	Oui <i>tak</i>	Non <i>nie</i>	DATES DES DERNIERS RAPPELS <i>daty ostatnich szczepień</i>	VACCINS RECOMMANDÉS <i>Szczepienia zalecane</i>	DATES <i>daty</i>
Diptérie <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>	
Ou Tétracoq					
BCG <i>Gruźlica</i>					

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE / INFORMACJE MEDYCZNE

Traitement médical pendant la durée du pèlerinage ? Oui non

Czy pielgrzym 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 pèlerin 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 PELERIN A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Przebyte choroby :



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

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. Jakie 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

Czy pielgrzymnosi soczewki kontaktowe

DES LUNETTES *Okulary*: oui non

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*)

.....



5 –PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM **Nazwisko**.....

PRÉNOM **Imie**.....

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 soussignée,, 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 mon état de santé, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Ja, niżej podpisany,.....odpowiadający prawnie za dziecko, deklaruje ze 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 wskazan lekarza i / lub służb ratowniczych, jedynych uprawnionych do wyboru szpitala. Zezwalam osobie nadzorującej na wypisanie mojego dziecka z pogotowia medycznego pod warunkiem zgody lekarza.

Date **data** :

Signature **podpis** :

