

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-kożyczka</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>					

SI LE JEUNE 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 JEUNE / 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 JEUNE 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 JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

Czy dziecko nosi 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 **prosze sprecyzować** (ex : qualité de peau, crème solaire)
(rodzaj skóry, krem słoneczny)

4- AUTORISATIONS ZEZWOLENIA

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non
Upoważniam moje dziecko do uprawiania sportu

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non
Upoważniam moje dziecko do udziału w kąpieliskach strzeżonych

J'autorise son transport en véhicule de service et car de location : oui non
Upoważniam moje dziecko do przewóz pojazdem służbowym oraz wynajętym samochodem

5 -RESPONSABLE DU JEUNE **osoba odpowiedzialna za dziecko**

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,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 osobie nadzorującej na wypisanie mojego dziecka z pogotowia medycznego pod warunkiem zgody lekarza.

Date **data** :

Signature **podpis** :

