

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MEDICAL SHEET / FICHA SANITARIA



**FM SPORTS
& LANGUES**

Cette fiche doit être dûment remplie et **remise à l'accompagnateur à l'aéroport***. Elle nous permet de recueillir des informations utiles sur l'état de santé de votre fils/fille et vous évite d'être démunie de son carnet de santé. ***ou nous être envoyée si votre enfant voyage seul.**

Please fill it out and hand it over to our leader at the airport. This allows us to have important information about your son/daughter's health without sending us the health records. *or sent back to us if your child travels on his own.*

*Esta ficha nos debe ser completamente llena y entregada a nuestro acompañante al aeropuerto. Esto nos permite reunir información útil sobre el estado de salud de su hijo(a) sin que usted tenga que enviar la cartilla sanitaria. *o se debe ser enviada a FM si vuestro niño viaja solo.*

Identité du stagiaire / Identity of the child / Datos personales del menor:

Nom / Name / Apellido: Prénom / First name / Nombre:
 Date de naissance / Date of birth / Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Age/Age/Edad: ___ ans / years old / años
 Sexe / Sex / Sexo: F M Poids / Weight / Peso: ___ kg Taille / Height / Estatura: ___ cm

Responsable legal du stagiaire/Person in charge/Responsable Legal:

Nom / Name / Apellido: Prénom / First name / Nombre:
 Adresse / Address / Dirección:
 Code postal / Postal code / Código postal: Ville / City / Ciudad:
 ☎ :ou / or / o: ☎ :ou / or / o:
 Tél. Bureau / Office number / Tel. Oficina: Père / Father / Padre: Mère / Mother / Madre:

Nom et Tél. du médecin traitant / Name and number of family's doctor / Nombre y teléfono del medico de la familia (Facultatif / Optional / Opcional):

Séjour / Stay / Estadía:

Lieu / Place / Lugar: Date / Date / Fecha: du / from / de au / to / a

I – VACCINS / VACCINES / VACUNAS (Se référer au carnet de santé / Refer to the health record / Tomar información de la cartilla sanitaria)

| Vaccins obligatoires <i>Obligatory vaccines Vacunas obligatorias</i> | Oui <i>Yes Si</i> | Non <i>No No</i> | Date du dernier rappel <i>Date of the last recall Fecha de la última dosis</i> | Vaccins recommandés <i>Recommended vaccines Vacunas Recomendadas</i> | Dates <i>Dates Fechas</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|---|---|----------------------------------|
| Diphtérie / Diphtheria / Difteria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Hépatite B | |
| Tétanos / Tetanus / Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Rubéole / Rubella / Rubéola | |
| Poliomyélite / Poliomyelitis / Poliomieltis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Oreillons / Mumps / Paperas | |
| ou / or / o DT Polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Rougeole / Measles / Sarampión | |
| ou / or / o Tétracoq | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Coqueluche / Whooping-cough / Tos ferina | |
| BCG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Autres / Others / Otras: | |

II – MALADIES ET ALLERGIES / DISEASES AND ALLERGIES / ENFERMEDADES Y ALERGIAS

| MALADIES <i>DISEASES ENFERMEDADES</i> | OUI <i>YES SI</i> | NON <i>NO NO</i> | ALLERGIE <i>ALLERGY ALERGIA</i> | OUI <i>YES SI</i> | NON <i>NO NO</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Rubéole / Rubella / Rubéola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthme / Asthma / Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche / Whooping-cough / Tos ferina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alimentaire / Food / Alimentaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varicelle / Chicken pox / Varicela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Médicamenteuses / Drugs / A medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otite / Ear infection / Otitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres / Others / Otras: | | |
| Angine / Tonsillitis / Angina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Rougeole / Measles / Sarampión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Rhumatisme / Rheumatism / Reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Oreillons / Mumps / Paperas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Scarlatine / Scarlet fever / Escarlatina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

ALLERGIE / ALLERGY / ALERGIAS: Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) / Please specify the causes of the allergy and the action to be taken (if self medication please detail) / Indique las causas de la alergia y lo que se debe hacer (si existe automedicación, por favor señalarlo)

.....
.....
.....

Votre fils/fille devra-t-il suivre un traitement médical pendant son séjour? / Will your son/daughter follow a medical treatment during his stay? / Su hijo(a) deberá seguir un tratamiento médico durante su estadía? : Oui / Yes / Si Non / No

Si oui merci d'envoyer **par courrier ou par e-mail 1 mois avant le départ une copie de l'ordonnance** et de bien garder l'original pour le jour du départ. Les médicaments prescrits devront être confiés à notre accompagnateur dans leur emballage d'origine

If yes please send a recent prescription and the drugs in their original packaging

Si es positiva su respuesta, por favor háganos llegar la orden médica reciente así como también los medicamentos en su caja original

III – INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

OPERATIONS AND HOSPITALIZATIONS / INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y HOSPITALIZACIONES:

Appendicite / Appendicitis / Apendicitis: Oui / Yes / Si Non / No **Date / Fecha:** ____/____/____

Autre(s) intervention(s) / Other Operations / Otra(s) intervención(es) (1):

Re-éducation(s) / Re-education / Re-educación (1):

Précisez s'il y a des précautions à prendre / Specify if there are any precautions to be taken / Precise si hay precauciones a tomar:

(1) *Précisez la date / Specify the date / Especificar la fecha.*

IV – RECOMMANDATIONS UTILES / USEFUL RECOMMENDATIONS / RECOMENDACIONES UTILES:

Votre enfant porte-t-il / Your child wears / Su hijo utiliza: ?

des lunettes / glasses / anteojos: Oui / Yes / Si Non / No

des lentilles / contact lenses / lentes de contacto: Oui / Yes / Si Non / No

des prothèses auditives / hearing aids / prótesis auditivas: Oui / Yes / Si Non / No

des prothèses dentaires / dental protheses / prótesis dentales: Oui / Yes / Si Non / No

autres / Others / Otras:.....

Observations / Observaciones:

ATTESTATION PARENTALE / PARENTAL AUTHORIZATION / ATESTACION DE LOS PADRES:

Je soussigné(e),, responsable légal du stagiaire,, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de mon fils/ma fille.

I , person in charge of....., declare exact the information on this sheet and authorize the person in charge for the stay to take, if necessary, all measures (medical treatment, hospitalization, surgical operation) for my son/daughter's health.

Yo, responsable legal del menor, declaro que la información sobre esta ficha es exacta y autorizo al responsable de la estadía a tomar, si hace falta, las medidas necesarias (tratamiento médico, hospitalización, intervención quirúrgica) para el estado de salud de mi hijo(a).

Date / Fecha: ____/____/____

Signature / Firma:

ATTESTATION MEDICALE / DOCTOR'S AUTHORIZATION / ATESTACION MEDICA:

Je soussigné(e),, Docteur en Médecine, certifie que le stagiaire ne présente aucune contre indication clinique décelable à la pratique du SPORT, y compris la plongée.

I, Doctor....., certifies that the patient..... does not present any sign of impediment to practice any SPORT, including diving.

Yo, Médico ., certifico que el (la) menorno presenta ninguna contraindicación clínica perceptible a la práctica de DEPORTES, incluido submarinista.

Cachet du praticien / Doctor's seal / Sello del medico

Date / Fecha: ____/____/____

Signature / Firma: