

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune souffre-t-il d'allergies ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

Le jeune est-il asthmatique ? Oui Non

Le jeune a-t-il déjà subi des interventions chirurgicales ?

Nature de l'intervention	Date

Afin que puissent être prises les précautions nécessaires :

- L'enfant est-il incontinent d'urine de façon habituelle ? Oui Non
- L'enfant est-il incontinent d'urine de façon accidentelle ? Oui Non
- Le jeune porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Activités : existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? Si oui, lesquelles ?

Médicaments, traitements et soins journaliers à donner à l'enfant Oui Non

-
-
-

☺**MERCI DE :**

- Joindre les ordonnances

Le jeune est-il suivi sur le plan psychologique ou psychiatrique ? Oui Non

Si oui, préciser la nature du suivi, la fréquence des entretiens et les coordonnées du thérapeute:

.....

Le jeune a-t-il des besoins de santé spécifiques ? Oui Non

.....

VACCINATIONS

Le jeune est-il à jour de ses vaccinations ? Oui Non Lesquelles :

Les vaccinations liées au séjour au Maroc ou au Sénégal ont-elles été effectuées ?

Vaccinations obligatoires pour l'entrée sur le territoire sénégalais:

- Fièvre jaune

Vaccinations fortement recommandées au regard du type de prise en charge proposé au Maroc ou au Sénégal (immersion totale de plusieurs mois dans la société marocaine ou sénégalaise, séjours ponctuels en zone rurale ou en brousse).

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Hépatite A <input type="checkbox"/>• Hépatite B <input type="checkbox"/>• Typhoïde <input type="checkbox"/>• Rage <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">• Méningite à méningocoques (Sénégal) <input type="checkbox"/> |
|---|--|

TRAITEMENT ANTIPALUDIQUE (SENEGAL UNIQUEMENT)

Quel traitement antipaludique le médecin traitant a-t-il prescrit ?

- Malarone
- Lariam
- Doxycycline
- Autre

Le jeune est-il en possession de l'ensemble de son traitement (6 mois) lors du départ ?

Oui Non

☺MERCİ DE :

- **Veiller à ce que le traitement antipaludique soit placé en soute lors du trajet en avion**

CERTIFICAT MEDICAL

(à faire remplir par le médecin traitant)

Je soussigné, Docteur.....

déclare avoir examiné le jeune.....

Je certifie que son état de santé lui permet :

- **de voyager en avion** Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

- **de vivre en collectivité** Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

- **de pratiquer des activités sportives** Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

- **de pratiquer l'équitation.** Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

Fait àle

Signature et cachet:

LETTRE D'ENGAGEMENT

Je soussigné(e), Madame / Monsieur.....

Né(e) le

Enregistré(e) sous le numéro d'immatriculation :
.....

Domicilié(e)
.....
.....
.....

m'engage formellement par la présente à autoriser la Caisse Primaire d'Assurance
Maladie du département de

à reverser à MEDIA JEUNESSE l'intégralité du montant des remboursements
afférents aux frais médicaux ou toutes autres prestations médicales de mon fils / ma
fille né(e) le

Fait à

Le

Signature :