

# FICHE SANTÉ

Jubilé des Jeunes | Rome 2025 – du 17 au 9 août 2025



Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre jeune/de vous-même en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les animateurs ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment du départ. Si vous désirez que des détails d'un suivi médical soient communiqués, vous pouvez nous adresser une enveloppe fermée à l'attention du médecin qui devrait vous ausculter. N'hésitez pas à ajouter des informations si cela vous semble utile.

<b>Groupe sanguin</b>
-----------------------

## Identité du participant

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : .....  
Adresse : .....  
NPA / Localité : .....  
Tél.: ..... E-mail : .....

## Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
NPA / Localité : .....  
Tél.: ..... E-mail : .....  
Lien de parenté : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
NPA / Localité : .....  
Tél.: ..... E-mail : .....  
Lien de parenté : .....

## Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
NPA / Localité : .....  
Tél.: ..... E-mail : .....

En cas d'accident, notamment à vélo, et si les représentants légaux sont injoignables, les responsables sont autorisés à prendre toutes les mesures nécessaires et urgentes pour assurer les premiers soins au participant mineur ou majeure. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---

**Informations confidentielles concernant la santé du participant**

Le participant peut-il prendre part aux activités proposées ? (sport, marche, excursions, jeux...)  
Raisons d'une éventuelle non-participation ?

.....  
.....

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement du pèlerinage ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental, agoraphobie...) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....  
.....

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? Si oui, lesquels ?

.....

Quelles en sont les conséquences ?

.....

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?

.....

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui lesquels :

.....

En quelle quantité ?

Quand ?

.....

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

.....

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (dernière opération...)

.....  
.....

Lieu et date :

.....

**Signature :**

.....

**Signature du représentant légal pour les mineurs :**

.....

*Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi relative à la protection de la vie privée. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Ces données seront détruites après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.*

**A RETOURNER DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ  
de suite ou pour le 30 avril 2025 au plus tard**

> par mail au format PDF à [aline.jacquier@cath-vs.org](mailto:aline.jacquier@cath-vs.org) ou

> par courrier à Service diocésain de la jeunesse, Aline Jacquier, Ch. de la Sitterie 2, 1950 Sion