

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

Cette fiche est à faire compléter par votre **médecin traitant** (ou médecin spécialiste) et permet à l'équipe médicale de partir à Lourdes avec le maximum d'informations. **L'acceptation de la participation au pèlerinage est soumise à l'avis de l'équipe médicale.**

Si vous n'avez aucun souci de santé, la fiche médicale peut être remplie par vous ou par vos parents, si vous êtes mineurs. CHAQUE PELERIN DOIT REMPLIR CE FORMULAIRE.

Nom: Prénom: Date de naissance:/...../.....

Sexe: M - F Poids: kg Taille: cm Groupe Sanguin et Rhésus:

Personnes à contacter en cas de problème:

1 - Nom-Prénom: N° de GSM:

2 - Nom-Prénom: N° de GSM:

Médecin traitant: N° de téléphone: N° de GSM:

Médecin spécialiste éventuel: N° de téléphone :

Maladies actives (y compris troubles du comportement)

⇒ ...

⇒ ...

⇒ ...

⇒ ...

Son état est-il **STABLE** ? (Epilepsie, diabète, comportement, risque suicidaire, ...)

Oui – non :

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE - SUITE

Risques:

Habitude de vie:

Autres :

O J'autorise les médecins présents à Lourdes à prendre les décisions éventuelles pendant la durée du pèlerinage

Pensez-vous que cette personne puisse participer sans risque pour elle ou pour les jeunes qui vont l'accompagner durant le pèlerinage des Equipes Saint-Michel?

Nous rappelons que nous ne résidons pas dans une structure hospitalière et que les personnes moins-valides sont entourées de jeunes de 17-20 ans dans un hôtel, dans la chambre qu'ils partagent avec cette personne.

Oui/Non

Date :/...../.....

Cachet du médecin traitant

Signature du médecin

A renvoyer à l'adresse ASBL Equipes Saint-Michel (Lourdes 2026), Av. De Tervueren 85 à 1040 Bruxelles ou à medical@equipesstmichel.org