



FICHE SANITAIRE ADULTE ADULT HEALTH FORM Лист информации о здоровье



Territoire/ Territory/Территория

Groupe/Group/Группа

Nom de famille/Surname/Фамилия	<input type="text"/>
Prénom/First name/Имя	<input type="text"/>
Sexe/Sex/Пол	<input type="text"/>
Date de nais./Date of birth/Дата рождения	<input type="text"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :
EVENT DATES AND LOCATION :
ДАТЫ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ :

Jamboree SCOUTMOB 2018 03->10/08/2019
Centre des Scouts et Guides de France
78440 JAMBVILLE - France

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE VOTRE CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

THIS FORM ENABLES US TO COLLECT INFORMATION WHICH COULD BE USEFUL TO US DURING THE STAY ; YOU DO NOT NEED TO BRING YOUR MEDICAL RECORDS WITH YOU, AND THIS FORM WILL BE GIVEN BACK TO YOU AT THE END OF THE EVENT.

Это вас позволяет избежать лишения вашей медицинской карты и будет возвращен в конце вашего пребывания.

1 - VACCINATIONS/VACCINATIONS/вакцинация

VACCINATIONS OBLIGATOIRES COMPULSORY VACCINATIONS ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВАКЦИНЫ	Oui/Yes/Да	Non/No/Нет	DATES DES DERNIERS RAPPELS DATE OF THE MOST RECENT INJECTION ДАТЫ ПОСЛЕДНИЕ НАПОМНИКИ
Diphétrie/Diphtheria/дифтерия	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tétanos/Tetanus/столбняк	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite/Poliomyelitis/полиомиелит	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ou/Or DT polio/Или DT/полиомиелит	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ou/Or/Или Tetracoq	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VACCINS RECOMMANDÉS RECOMMENDED VACCINATIONS РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВАКЦИНЫ	DATES DATES ДАТЫ
Hépatite B/Hepatitis B/гепатит B	<input type="text"/>
Autres (préciser)/Others (specify)/Другое (указать)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 - ALLERGIES/ALLERGIES/АЛЛЕРГИИ

ARACHIDES/PEANUTS/арахис	Oui/Yes/Да		Non/No/Нет
GLUTEN/GLUTEN/клейковина	Oui/Yes/Да		Non/No/Нет
LACTOSE/LACTOSE/лактоза	Oui/Yes/Да		Non/No/Нет
ASTHME/ASTHMA/Астма	Oui/Yes/Да		Non/No/Нет
MEDICAMENTS/MEDICATION/лекарство	Oui/Yes/Да		Non/No/Нет
AUTRE/OTHER/другое			

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

SPECIFY THE CAUSE OF THE ALLERGY AND WHAT MEASURES SHOULD BE TAKEN IN CASE OF AN EMERGENCY
(if the participant takes his/her own medicine for this allergy, please mention this here)

УКАЗЫВАЙТЕ ПРИЧИНА АЛЛЕРГИИ И ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРИНЯТЫ

A remplir, imprimer, signer et envoyer à votre Coordinateur Territorial qui fera suivre
To complete, print, sign and send to your Territorial Coordinator who will forward to
Заполните и отправьте своему территориальному координатору, который отправит
Филиппу Клименту

