



FICHE SANITAIRE JUBILE ROME 2025

MODULO SANITARIO GIUBILEO 2025 / SANITARY SHEET JUBILEE 2025



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'urgence, elle évite de vous munir de votre carnet de santé et sera détruite à la fin du séjour. Merci de nous indiquer tout changement d'ici votre départ.

IDENTITE DU PELERIN

IDENTITA DEL PELLEGRINO / PILGRIM IDENTITY

NOM

NOME / NAME

PRENOM

COGNOME / CHRISTIAN NAME

DATE DE NAISSANCE

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

GARÇON :

☐

RAGAZZO / BOY

FILLE :

☐

RAGAZZA / GIRL

INFORMATIONS NECESSAIRES EN CAS D'URGENCE

INFORMAZIONI DI EMERGENZA / INFORMATION NEEDED IN THE EVENT OF EMERGENCY

POIDS

KG

TAILLE

CM

GROUPE SANGUIN

A+ ☐ B+ ☐ O+ ☐ AB+ ☐

PESO / WEIGHT

ALTEZZA / SIZE

GRUPPO SANGUIGNO / BLOOD GROUP

A- ☐ B- ☐ O- ☐ AB- ☐

MALADIES PARTICULIERES :

MALATTIE SPECIFICHE / PARTICULAR ILLNESSES

VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATIONS)

VACCINAZIONI (CARTELLA SANITARIA / CERTIFICATI DI VACCINAZIONE) / VACCINATIONS (REFER TO HEALTH NOTEBOOK OR VACCINATION CERTIFICATES)

DATES DES DERNIERS RAPPELS

DATE DI RICHIAMO / DATE OF LAST REMINDERS

DIPHTERIE

DIPHTERIA

/ /

HEPATITE B

HEPATITIS B

/ /

OREILLONS

MUMPS

/ /

ROUGEOLE

MEASLES

/ /

BCG OU TETRACOQ

BCG OR TETRACOQ

/ /

TETANOS

TETANUS

/ /

RUBEOLE

RUBELLA

/ /

COQUELUCHE OU DT POLIO

WOOPING COUGH

/ /

POLIOMYELITIS

POLIOMYELITIS

/ /

COVID19

COVID

/ /

AUTRES (PRECISER)

ALTRO (SPECIFICARE) / OTHERS (TO SPECIFY)

DATES DES DERNIERS RAPPELS

DATE DI RICHIAMO / DATE OF LAST REMINDERS

☞ Si n'avez pas fait les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Se non si è sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie, si prega di allegare un certificato medico che attesti la mancata vaccinazione. / If you haven't had the mandatory vaccinations, attach a medical certificate of contraindication.

PELERIN MINEUR

PELEGRINO MINORE / MINOR PILGRIM

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Il sottoscritto, responsabile legale del bambino minorenne, dichiara che le informazioni riportate nel presente modulo sono corrette e autorizza il direttore del viaggio ad adottare tutte le misure (cure mediche, ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici) richieste dalle condizioni del bambino. Autorizzo inoltre il direttore della vacanza, se necessario, a dimettere mio figlio dall'ospedale dopo il ricovero. / I, the undersigned, legal responsible of the minor child, declare the informations given on this form to be accurate and allow the person in charge of the stay, if necessary, to take all measures (medical treatment, hospitalization, surgery) made necessary the condition of the child. I also authorize, if necessary, the director of the stay to get my child out of the hospital after hospitalization.

NOM

NOME / NAME

PRENOM

COGNOME / LAST NAME

LIEN DE PARENTE

RAPPORTO FAMILIARE / RELATIONSHIP

SIGNATURE

FIRMA / SIGNATURE

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ?

IL BAMBINO E SOTTOPOSTO A TRATTAMENTI MEDICI DURANTE IL SOGGIORNO ? / IS THE CHILD UNDERGOING MEDICAL TREATMENT DURING THE STAY ?

☐ OUI

SI / YES

☐ NON

NO / NO

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

In caso affermativo, si prega di allegare una prescrizione medica recente e i farmaci corrispondenti (scatole di farmaci nella loro confezione originale con il nome del bambino e le istruzioni). Nessun farmaco può essere assunto senza prescrizione medica. /If yes, attach a recent prescription and the corresponding medications (boxes of medicines in their original packaging marked with the name of the child and with the notice. No medicine can be taken without a prescription.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PELERIN

INFORMAZIONI MEDICHE SUL PAZIENTE / MEDICAL INFORMATION CONCERNING THE PILGRIM

LE PELERIN A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

IL PAZIENTE HA MAI AVUTO UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE ? / HAS THE PILGRIM EVER HAD THE FOLLOWING ILLNESSES ?

- | | |
|--|---|
| ☐ RUBEOLE
<i>RUBELLA</i> | ☐ OREILLONS
<i>MUMPS</i> |
| ☐ VARICELLE
<i>VARICELLA</i> | ☐ SCARLATINE
<i>SCARLET FEVER</i> |
| ☐ ANGINE
<i>ANGINA</i> | ☐ COQUELUCHE
<i>WOOPING COUGH</i> |
| ☐ OTITE
<i>OTITIS</i> | ☐ ROUGEOLE
<i>MEASLES</i> |
| ☐ RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
<i>ACUTE ARTICULAR RHUMATISM</i> | |

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Indicare di seguito : eventuali problemi di salute (malattie, incidenti, comportamenti particolari, crisi, ricoveri, operazioni, rieducazione), specificando le date e le precauzioni da adottare. / Indicate below : the health difficulties (illness, accident, particular behaviour, convulsive crises, hospitalization, operation, re-education), specifying the dates and the precautions to be taken.

ALLERGIES

ALLERGIE / ALLERGIES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Specificare la causa dell'allergia e l'azione da intraprendere (se automedicazione = indicarlo) / Specify the cause of the allergy and what to do (if self medication, report it).

ALIMENTAIRES

ALIMENTARI / FROM FOOD

MÉDICAMENTEUSES

ALLERGIE AI FARMACI / MEDICATED

AUTRES

ALTRO / OTHERS

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI EMERGENZA / PERSON TO CONTACT URGENTLY

NOM

NOME / NAME

PRENOM

COGNOME / LAST NAME

LIEN DE PARENTE

RAPPORTO FAMILIARE / RELATIONSHIP

NUMERO DE TELEPHONE :

NUMERO DI TELEFONO / PHONE NUMBER

MÉDECIN TRAITANT

MEDICO DI FAMIGLIA / DOCTOR

NOM

NOME / NAME

NUMERO DE TELEPHONE :

NUMERO DI TELEFONO / PHONE NUMBER