



UGAB VOYAGE DÉCOUVERTE 2021

Fiche Sanitaire de Liaison

Informations sur les personnes à contacter en cas d'urgence

Participant

Nom: _____

Prénom: _____

Garçon Fille Taille: _____ Poids: _____ Size: _____

Coordonnées du Médecin:

Nom: _____

Adresse: _____

Code Postal: _____ Ville: _____ Pays: _____

Téléphone: _____

Personne à contacter en cas d'urgence:

Nom: _____

Relation : _____

Téléphone: _____ Bureau: _____ Portable: _____

E-mail: _____

Adresse: _____

Code Postal: _____ Ville: _____ Pays: _____

Renseignements sur votre Assurance Maladie

Inclure une photocopie recto verso de votre carte d'assurance.*

Compagnie d'Assurance: _____ N° de Sécurité Sociale: _____

Souscripteur : _____

Signature _____ Date: _____

- Tous les participants sont tenus d'avoir une assurance voyage lors de leur participation au Voyage Découverte



UGAB VOYAGE DÉCOUVERTE 2021

Dossier Médical

Si vous répondez par l'affirmative à l'une des questions suivantes, vous devez remplir et retourner le "Rapport du médecin" (page 4).

TRAITEMENT MEDICAL

Suivez-vous actuellement un traitement médical? OUI NO

Avez-vous des problèmes de santé chronique (asthme, diabète, etc.) ou autre? OUI NO
Merci de donner des précisions et de retourner le formulaire "Rapport de Médecin" (page 4).

Avez-vous eu des maladies, des opérations chirurgicales ou des blessures importantes qui pourraient affecter votre participation à ce programme?

OUI NO

Si oui, expliquez et retournez le formulaire "Rapport du médecin" (page 4).

MÉDICAMENTS

Avez-vous des traitements? OUI NO

Si oui complétez la liste ci-dessous.

Nom du médicament	Dosage	Problème de santé traité par le médicament ?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALLERGIES: OUI NON

Si Oui précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

RESTRICTIONS

Avez-vous des problèmes de santé (y compris des déficiences physiques ou des difficultés d'apprentissage) qui pourrait limiter votre mobilité ou encore qui nécessitent une assistance à l'étranger?

OUI NO

Y a-t-il d'autres renseignements à propos de votre santé ou un antécédent médical susceptible d'être un facteur important en situation d'urgence?

OUI NON

Si oui, expliquez.



UGAB VOYAGE DÉCOUVERTE 2021

DÉCLARATION DE L'AUTORISATION

J'autorise la direction de Voyage Découverte de l'UGAB à communiquer des informations sur mes antécédents médicaux, y compris les dossiers médicaux au Directeur du Programme et aux institutions partenaires ou bien affiliées à l'étranger.

Je comprends que Voyage Découverte de l'UGAB n'utilisera aucune information de mon dossier médical qu'au cas où je suis à l'étranger et que la situation requiert des informations nécessaires à ma sécurité ou à ma santé. Je comprends également qu'à la fin du programme toutes les informations obtenues de mes dossiers médicaux et détenus par Voyage Découverte de l'UGAB seront conservées conformément à la législation.

Je comprends que si j'ai un problème médical qui nécessite un traitement, je dois discuter de mon projet de partir à l'étranger avec mon médecin avant de départ.

Je comprends que dans le cas où j'ai besoin de soins médicaux urgents, une hospitalisation ou une chirurgie lors de ma participation au programme, l'UGAB tentera de communiquer avec le(s) contact(s) d'urgence figurant dans ce formulaire. Au cas où mon (mes) contact(s) d'urgence n'est (ne sont) pas joignable(s) et qu'une décision immédiate sur les soins ou le traitement doit être prise, j'autorise le Voyage Découverte de l'UGAB, à travers ses représentants, à garantir les soins nécessaires. Si la compensation n'est pas faite par ma compagnie d'assurance, je comprends que le traitement devra être pris entièrement à ma charge. "Je m'engage à ne pas poursuivre devant les juridictions et à exonérer l'UGAB, ainsi que ses dirigeants, membres, agents ou employés, de toute responsabilité résultant de l'administration de médicaments dûment prescrits par un traitement médical. Je certifie de la vérité et de l'exactitude des informations apportées à la présente évaluation médicale."

Je certifie que les informations contenues dans ce formulaire sont vraies et exactes, et que je signalerai la direction de Voyage Découverte de l'UGAB ci-après de tous changement significatif ou pertinent sur mon état de santé qui surviendrait avant ou pendant le programme.

Signature du participant: _____

Le Nom en lettres majuscules: _____ Date: _____

Parent/Tuteur légal du participant: _____

Le Nom en lettres majuscules: _____ Date: _____



UGAB VOYAGE DÉCOUVERTE 2021

Rapport du Médecin

Ce formulaire est exigé en cas de réponses affirmatives plus haut dans le questionnaire.

_____ (nom du participant) a identifié un problème de santé chronique / ou récurrent. Pourriez-vous évaluer la santé physique et / ou mentale de ce participant, qui envisage de participer à un programme d'été à l'étranger, à Erevan, en Arménie. L'accessibilité de services médicaux dans le pays et les zones dans lesquelles le participant sera doivent être prise en considération.

Diagnostic:

Médicaments et Dosage:

Stabilité de l'état au cours des cinq (5) dernières années:

À votre connaissance, y a-t-il des facteurs médicaux, physiques ou émotionnels prédisposés, qui, sous une contrainte d'adaptation à la vie à l'étranger, pourraient nécessiter un traitement pendant son séjour à l'étranger?

Recommandations sur les soins à apporter à cette personne (utilisez une feuille séparée, si nécessaire):

Signature du Médecin: _____ Date: _____

Le Nom du Médecin en lettres majuscules: _____

Adresse: _____

Code Postal: _____ Ville: _____ Pays: _____

Téléphone: _____ Fax: _____