



# 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 NÉCESSAIRES EN CAS D'URGENCE

INFORMAZIONI DI EMERGENZA / INFORMATION NEEDED IN THE EVENT OF EMERGENCY

POIDS

PESO / WEIGHT

KG

TAILLE

ALTEZZA / SIZE

CM

GROUPE SANGUIN

GRUPPO SANGUIGNO / BLOOD GROUP

A+  B+  O+  AB+

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

/ /

POLIOMYELITE

POLIOMYELITIS

/ /

COVID19

COVID

/ /

AUTRES (PRECISER)

ALTRO (SPECIFICARE) / OTHERS (TO SPECIFY)

☞ Si n'avez pas fait les vaccins obligatoires, veuillez 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.

## PERSONNE À PREVENIR 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 SI EXISTANT

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