



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

STATUT CHOISI : Membre actif **Membre opérationnel**

Monsieur

Madame

Mademoiselle

Nom :

Lieu de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

.....

Personne à prévenir lors de départ en mission :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Portable ;

Adresse mail :

.....

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Personnel médic et paramédic

Sapeur- Pompier

Autre :

Fournir photocopie des diplômes qualifiants

- Arrêtés de nomination

- Diplômes

- Attestation de formation

En activité

Retraité

Date de la cessation d'activité :

Si vous êtes en activité, coordonnées de votre employeur :

Nom et adresse :

Téléphone Fixe :

Adresse mail :

EXPERIENCE HUMANITAIRE

Date :

Pays :

Durée :

Avec quel organisme :

Objectif de mission :

FORMATION GENERALE

Langues parlées

Anglais : Très Bien Bien Moyen

Espagnol : Très Bien Bien Moyen

Autre langue :

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro de Passeport :

Date de validité :

Groupe sanguin :

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de Permis de conduire :

Date de validité :

Vous devez fournir la photocopie des pièces demandées ci-dessus et de votre attestation de carte vitale européen (à récupérer près de votre caisse de SS) .

MEDICAL

Lors de déplacements à l'étranger, vos vaccins doivent être à jour :

Diptérie , Tétanos , Poliomyélite, BCG

Fièvre jaune si séjour en Afrique

Photocopie obligatoire de votre carnet de vaccination

(Si vous avez des vaccins à refaire, contacter un des médecins de l'association)

PAQUETAGE DE MISSION ET REPRESENTATION

Veillez indiquer vos mensurations :

Tailles :

Poid :

Pointure :

Veillez indiquer vos Tailles :

Polo :

Sweet shirt /polaire :

Pantalon F1 :

Veste F1:

Taille de gant :

Tour de tête :

RAPPEL IMPORTANT !!!

Votre demande d'adhésion en qualité de membre opérationnel sera étudiée et validée par le bureau. Elle vous engage à participer aux modules de formation sur le terrain et à l'utilisation du kit de potabilisation de l'eau.

CERTIFICAT D'APTITUDE MEDICALE

Membres opérationnels PICA

Questionnaire médical personnalisé à remplir par l'adhérent

Nom : Prénom :

Sexe : Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Antécédents médicaux :

-Asthme Oui Non

-Pathologies cardiaques Oui Non

Si oui, précisez

-Diabète Oui Non

Si oui précisez DID ou DNID

-Hépatite Oui Non

Si oui précisez

-Maladie neurologique : Oui Non

Si oui précisez (épilepsie, AVC ...).....

-Terrain allergique Oui Non

Si oui précisez allergie médicamenteuse

allergies respiratoires (rhume des foins) Oui Non

-Contre- indication aux vaccinations Oui Non

-Autre pathologie médicale ou chirurgicale Oui Non

Si oui laquelle ou lesquelles :

.....

Traitement : avez-vous un traitement médical , Oui Non

Si oui lequel :

Avez-vous eu un arrêt de travail de plus d'un mois ces trois dernières années ?

 Oui Non

Je, soussigné, certifie avoir répondu de façon exacte au questionnaire.

Date et signature

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A remplir par un médecin

Je, soussigné Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour :

né (e) le : _____ à _____

et demeurant :

Au terme de mon examen, je certifie que ce patient

-ne présente pas à ce jour (*rayez la mention inutile*)

-présente à ce jour (*rayez la mention inutile*) et de manière définitive
/temporaire (*rayez la mention inutile*)

de contre-indication médicale pour être engagé en qualité de membre
opérationnel dans l'association PICA et exercer une activité de travailleur
humanitaire.

à-----le -----

Le médecin

Signature et cachet du praticien obligatoire

