



Je soussigné Docteur .....  
Médecin du ..... certifie que le - la (x)  
(formation de la santé publique)  
jeune ..... âgé (e) de ..... ans  
(nom et prénom)

ne présente actuellement aucune des affections énoncées au verso et qu'un séjour au camp  
de vacances à la mer (x) à la montagne (x) ne lui est pas contre indiqué.

Taille ..... cm Poids ..... Kgs

Urine : alb. .... sucre .....

Vaccination 0001 fait le .....

N.B / pour les inaptes cas de contre indications  
médicales le certificat sera conservé par le service de santé  
(médecin examinateur) A ..... le ..... 2006

## Fiche de Renseignements

## ورقة المعلومات

à remplir par les soins des parents ou d'un responsable, avant la visite médicale.

### I - Maladies antérieures :

(encadrer les maladies antérieures)  
Typhoïde - Rhumatisme - Diphtérie Tbc.  
Paludisme  
Autres Maladies .....

### II - Accidents, Interventions chirurgicales

(opération)

Nature et date

### III - Vaccination en Règle : oui, non, ignoré (x)

Anti-tétanique - antidiphtérique - antipoliomyélique

B.C.G.

Pénicilline : A-t-il déjà reçu de la pénicilline oui - non - Plusieurs fois (x)

A-t-il eu après injections, des réactions de la peau, articulaires ou autres? oui - non (x)

Serum : (anti-tétanique anti-diphtérique anti-véruzeux anti-scorpionique etc ... reçu déjà : oui - non (x)

## DECLARATION DES PARENTS

## تصريح الأباء

Je soussigné (père, mère ou tuteur) autorise le service sanitaire du camp à faire pratiquer sur mon fils,  
fille tout acte thérapeutique ou intervention chirurgicale jugés nécessaires par le médecin traitant.

(x) barrer la mention inutile

A ..... le .....

Signature des parents,

N.B. / La visite médicale avant le départ pour les camps ou colonies de vacances est obligatoire et devra être effectuée dans les 15 jours précédents le départ. Le présent certificat sera exigé et devra ETRE PRESENTE par l'intéressé au moment du départ au chef du groupe sous peine de sa non admission au camp.

Dans l'intérêt même de tous, ne pourront être admis ceux qui présentent une des affections suivantes:

- \* Toutes maladies transmissibles aiguës ou chroniques.
- \* Cardiopathie pour les camps de montagne ( altitude moyenne plus de 1200m.) même une simple tachycardie ou un souffle doit être refusé sauf avis du spécialiste qui doit être joint à ce certificat.
- \* Troubles nerveux ou psychiques, épilepsie d'une façon générale, toutes affections ou état de santé nécessitant une surveillance et un contrôle médical particulier pendant la durée du séjour au camp ou présentant des inconvénients pour la vie en collectivité devront être refusés.
- \* Parasitoses poux de tête de corps, gale, teignes.
- \* Affections cutanées : impétigo, pyodermites, plaies, étendues infectées, eczémas.
- \* Affections oculaires et O.R.L.. conjonctivites purulentes, Trachome évolutif troubles et déficiences visuelles graves et non corrigées, otite chronique.
- \* Infections intestinales : dyspepsie chronique, denture en mauvais état, parasitose intestinale.

Royaume du Maroc

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ  
DE LA JEUNESSE

Délégation provinciale de

Nom et prénom du jeune .....

Nom en Capitales imprimerie et prénoms usuel .....

groupement .....

Camp ou colonie ..... Période ..... 20

PERSONNE A PREVENIR

Nom et Prénom .....

Adresse .....

Signature du Médecin Camp

MOTIF DU RENVOI ET AFFECTION A SIGNALER		
Date	Maladies	Observation