

Programme d'échanges courts – STEP – Échanges Familiaux, Camps & Tours

Nom et prénom(s) du participant

District parrain

Informations de santé

Avez-vous des allergies ou des restrictions alimentaires (ex. végétarien, vegan, fruits à coque, gluten, lactose, etc.) ?		Oui		Non
Avez-vous des soucis de santé (médicaux, mentaux, dentaires) ?		Oui		Non
Avez-vous été soigné pour des soucis de ce type depuis deux ans ?		Oui		Non
Avez-vous suivi un traitement médical ces six derniers mois ?		Oui		Non
Avez-vous des besoins particuliers (santé, handicap) ?		Oui		Non

Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions ci-dessus, veuillez expliquer en détail dans l'espace ci-dessous en fournissant autant d'informations que possible, y compris le nom des médicaments et la raison de la prescription. Inclure une copie de l'ordonnance du médecin. Utilisez des feuilles de papier supplémentaires si nécessaire

Date:

Signatures des parents, ou tuteurs (si participant de – de 18 ans) + signature du participant

Short Term Exchange Program – Family to Family (F2F), Camps & Tours (C&T)

Applicant name and first name:

Sending district

Health Information

Do you have any dietary restrictions / allergies (e.g. vegetarian, vegan, nut, gluten, lactose, etc.)?		Yes		No
Do you have any mental health/medical/dental conditions?		Yes		No
Have you been treated for mental health/medical conditions in the past two years?		Yes		No
Have you taken any prescribed medications in the past six months?		Yes		No
Do you have any special health requirements (disabilities)?		Yes		No

If you have answered 'YES' to any of the above please explain fully in the space below providing as much information as possible, including the name and any medication and the reason prescribed and include a copy of the doctor's prescription. Use additional sheets of paper if necessary.

Date:

Signatures of parents, or guardians, (not for applicants over 18) + Signature of applicant