

FICHE MEDICALE DE SEJOUR

Ces renseignements permettent à l'équipe d'encadrement d'optimiser la prise en charge du vacancier durant le séjour. Nous vous remercions de bien vouloir remplir cette fiche complémentaire avec précision et réalisme. Pour les personnes à mobilité réduites veuillez remplir la fiche médicale complémentaire PMR de séjour.

SÉJOUR CHOISI

Référence :

Du au

PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Numéro de Sécurité Sociale :

Caisse d'affiliation :

Est-il pris en charge à 100 % : Oui Non

NOM DU TRAITEMENT	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

TRAITEMENT

Prescrit par (nom du médecin) : Le : () () ()

Téléphone du médecin (si différent de celui indiqué ci-dessus) :

Nom : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

Est-il joignable durant le séjour ? Oui Non

Si non, qui contacter :

AUTRES INFORMATIONS

Asthme Oui Non

Sujet à des crises d'épilepsie Oui Non Date dernière crise : () () ()

Sujet à d'autres types de crises Oui Non De quel type :

Allergies aux médicaments Oui Non

Si oui, lesquels :

Allergies alimentaires Oui Non

Si oui, quels aliments :

Autres allergies :

Est-il vacciné contre le tétanos Oui Non

Autre vaccin Date dernier rappel : () () ()

Autre vaccin Date dernier rappel : () () ()

Y a-t-il une contre-indication médicale :

À la baignade Oui Non

À des pratiques sportives Oui Non Si oui, lesquelles :

Altitude déconseillée ? Oui Non À partir de : mètres

La vacancière est-elle sous contraceptif ? Oui Non

En est-elle informée ? Oui Non

Prend-elle seule ses contraceptifs oraux ? Oui Non

Nom du contraceptif utilisé :

Remarques :

.....
.....

Dates des dernières règles avant le séjour : () () () douloureuses Abondantes

Remarques :

.....
.....

AUTRES RECOMMANDATIONS MÉDICALES OU SANITAIRES

.....
.....

Signature du médecin ou nom et qualité de la personne ayant rempli cette fiche :

Con

i2lfs.fr

.....
.....

