

FICHE MÉDICALE DE SÉJOUR

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 réduite veuillez remplir la fiche médicale complémentaire PMR de séjour.

SÉJOUR CHOISI

Références du séjour : -----
Dates : du----- au -----

PARTICIPANT

Nom : -----
Prénom : -----
Numéro de sécurité sociale : -----
Caisse d'affiliation : -----
Est-il pris en charge à 100 % : OUI NON

TRAITEMENT

NOM DU TRAITEMENT	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Prescrit par (nom du médecin) : ----- le () () ()

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

Téléphone : -----

Nom : -----

Téléphone : -----

Adresse : -----

Code postal : ----- Ville : -----

Est-il joignable durant le séjour : OUI NON

Si non, qui contacter : -----

AUTRES INFORMATIONS

	Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sujet à des crises d'épilepsie Si oui, date de la dernière crise :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sujet à des crises d'épilepsie Si oui, de quel type :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies aux médicaments Si oui, lesquels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres allergies Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le vacancier est-il vacciné contre le tétanos ? OUI NON

Autre vaccin : date du dernier rappel ()()()
 Autre vaccin : date du dernier rappel ()()()

Y a-t-il des contre-indication médicale :	Oui	Non
À la baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des pratiques sportives Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altitude déconseillée A partir de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les femmes : 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 :

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

Remarques :

AUTRES RECOMMANDATIONS MÉDICALES OU SANITAIRES

.....

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

LE CAS ÉCHEANT, OBSERVATIONS FAITES PAR LE MÉDECIN EN COURS DE SÉJOUR OU PAR L'ÉQUIPE D'ANIMATION

.....
