



FICHE MEDICALE SEJOUR VACANCES ADAPTEES

Séjour choisi Dates

VACANCIER Nom..... Prénom.....
 Adresse.....
 n° Sécurité sociale.....
 Caisse affiliation + adresse

Mutuelle

(ne pas oublier de joindre une copie de la carte vitale et une copie de la carte mutuelle)

Le vacancier a-t-il un traitement oui non
 Prend son traitement seul oui non

TRAITEMENT	Nature des affections	MATIN	MIDI	SOIR

La totalité du traitement est à fournir dans des piluliers pour la durée totale du séjour. Ne pas oublier de joindre l'ordonnance correspondante.

Le vacancier a des allergies médicamenteuses oui non
 si oui lesquelles.....

Le vacancier a des allergies alimentaires oui non
 si oui lesquelles.....

Epilepsie : stabilisée occasionnelle fréquente non

Soins infirmiers à faire réaliser pendant le séjour oui non
 si oui nature des soins.....
 dates précises des soins.....

Injection pendant le séjour oui non
si oui date précise.....

Le vacancier porte des lunettes oui non
porte des lentilles oui non

Les vaccinations obligatoires sont-elles à jour oui non

Y'a t-il une contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives oui non
si oui laquelle.....

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

.....
.....
.....
.....

MEDECIN TRAITANT

Nom.....

Adresse.....

Tél.

Est-il joignable pendant le séjour oui non

Nom et qualité de la personne
ayant rempli la fiche

.....
.....
.....

Le.....
Signature,