



Association VITA'VIE
 n°SIREN : 521 618 884
 Agrément VAO
 Immatriculation tourisme

FICHE MEDICALE

Vacances Adaptées

A nous adresser accompagnée avec la copie des ordonnances,
Au plus tard 7 jours avant le départ.

Séjour..... du..... au.....

PARTICIPANT

NOM : Prénom :

N°sécurité sociale : I _ II _ II _ II _ II _ II _ I I _ I Caisse d'affiliation :

Le vacancier gère t-il seul son traitement ?	Oui !	non !			
Traitement	Matin	Midi	Soir	Coucher	Si besoin

Soins infirmier

Toilettes (lavement, autre soins) : oui non
 Injection : date ____/____/____ date ____/____/____

Traitement prescrit par (nom du médecin).....le...../...../..... ou modifié le/...../.....

Nom du Médecin traitant : Numéro de téléphone.....

Code Postal : Ville..... Si non qui contacter ?.....

AUTRES INFORMATIONS Groupe sanguin.....

Asthmatique : oui non Épilepsie : oui non Si oui : stabilisé occasionnelle fréquente

Sujet à d'autres types de crises : oui non si oui, du quels types.....

Est il violent ? Envers lui même envers les autres précisez.....

Allergie aux médicaments oui non si oui précisez lesquels.....

A-t-il d'autres allergies ? oui non si oui précisez lesquelles.....

Est-il vacciné contre le tétanos ? oui non Date :..... Autre vaccin :..... Dernier rappel le :

Autre vaccin :..... Dernier rappel le :

Contre indication médicale à la baignade ou à la pratique d'activités nautiques ? oui non

Autres contre-indications sportive ? oui non Si oui, lesquelles.....

Altitude déconseillée ? oui non si oui, à partir de.....mètres

Si le résident est une vacancière, est-elle sous contraceptif ? oui non si oui, lequel.....

AUTRES RECOMMANDATIONS MEDICALES OU SANITAIRES:

Nous vous rappelons que ce séjour n'est pas un séjour médicalisé et ne s'adresse pas aux personnes dangereuses pour elles-même ou pour la collectivité.

**Signature du médecin ou Nom et fonction
de la personne ayant rempli cette fiche**

Je soussigné M.....agissant en qualité de.....autorise le directeur du séjour, en accord avec un médecin, à prendre toutes mesure utiles concernant la santé du vacancier, y compris la mise en œuvre de tout traitement ou intervention reconnus médicalement urgent.
Signature du responsable légal