



Association VITA'VIE  
 n°SIREN : 521 618 884  
 Agrément VAO n°2015 – juin 2015  
 Immatriculation tourisme IM013130008

# 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**