



DOSSIER DE SANTÉ



FICHE 3



Fiche à faire compléter par le médecin traitant puis à nous retourner avec le dossier, dans une enveloppe séparée et fermée.

Nom et prénom du vacancier

- ⌚ Âge :
- ⌚ Poids :
- ⌚ Taille :

Renseignements médicaux

Description aussi précise que possible des limitations fonctionnelles :

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

- ⌚ Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre :

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

- ⌚ Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ?
Lequel ?
Les prescriptions :

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

- ⌚ Tous les vaccins sont-ils à jour ? Oui Non
- ⌚ Le vacancier fume-t-il ? Oui Non

Examen

- ⌚ Cardiaque
- ⌚ Pulmonaire
- ⌚ Digestif
- ⌚ Uro-génital

Troubles divers

- ⌚ Troubles de la vue : Oui Non
- ⌚ Troubles de l'ouïe : Oui Non
- ⌚ Troubles comportementaux : Oui Non
- ⌚ Troubles de la parole : Oui Non
- ⌚ Énurésie : Oui Non
- ⌚ Encoprésie : Oui Non
- ⌚ Éthylisme : Oui Non
- ⌚ Asthme : Oui Non

Etat de santé général :

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

Traitements

- ⌚ Le vacancier a-t-il un traitement médical permanent ? Oui Non
 - ⌚ Ce traitement doit-il être poursuivi pendant le séjour ? Oui Non
 - ⌚ Le vacancier prend-il ses médicaments seul ? Oui Non
 - ⌚ Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers ? Oui Non
Préciser le type de prise en charge (Selon disponibilité sur le lieu de séjour)
(joindre l'ordonnance)
-
.....
.....

- ⌚ Le vacancier a-t-il des soins de kinésithérapie ? Oui Non
Préciser le type de prise en charge
(joindre l'ordonnance)
-
.....
.....

- ⌚ Doit-on s'attendre à des crises comitiales ? Oui Non

- ⌚ Manifestation habituelle :

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

- ⌚ Fréquence :

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

- ⌚ Maladies et accidents (dates) :

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

- ⌚ Interventions chirurgicales récentes :

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

Matériel

- ⌚ Porte-t-il un matériel spécifique ? Oui Non
Si oui, précisez lequel **(joindre l'ordonnance)**
-
.....
.....

Contre-indications

- ⌚ Allergies médicamenteuses :
- ⌚ Sportives :
- ⌚ Baignade :
- ⌚ Divers :

• CERTIFICAT D'ADMISSION EN SÉJOUR DE VACANCES •

Je soussigné(e), Docteur certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical, certifie que Mme ou M.....
..... peut être admis(e) pour un séjour de 1 à 4 semaines dans un centre de vacances dont le taux d'encadrement est adapté aux situations de dépendance, compte tenu que ces centres pour séjours d'été type « colonies » ne sont pas des établissements sanitaires, et autorise Mme ou M..... à la baignade.

À , le

Signature et cachet du Médecin

• IMPORTANT •

Pour les séjours en pension complète, ne surtout pas oublier **les semainiers** pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante, **l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination** et éventuellement **les prescriptions** pour le régime alimentaire.

Ces éléments seront remis ou à remettre au directeur du centre ou à son représentant soit lors du départ ou à son arrivée au centre.

Pour tous les séjours l'attestation pour le schéma vaccinal complet et/ou attestation médicale seront remises ou à remettre au directeur du centre ou à son représentant lors du départ ou à l'arrivée au centre pour les séjours en pension complète.

Les ordonnances pour le matériel médical nécessaire durant le séjour et les ordonnances pour le passage d'infirmier doivent être impérativement envoyées avec la fiche santé.



**Service
Accompagnement Loisirs**

Tour Maine Montparnasse
33, avenue du Maine 29^e étage
Boîte aux lettres n°35
75755 Paris Cedex 15

01 44 10 23 74
vacances@apajh.asso.fr

www.handicap-vacances.org

