

# 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 :

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

### Examen

- ⤵ Cardiaque
- ⤵ Pulmonaire
- ⤵ Digestif
- ⤵ Uro-génital

### Troubles divers

- |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ⤵ Troubles de la vue :       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Troubles de l'ouïe :       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Troubles comportementaux : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Troubles de la parole :    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Énurésie :                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Encoprésie :               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Éthylisme :                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ⤵ Asthme :                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

État de santé général :

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

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

⤵ Manifestation habituelle :

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

⤵ Fréquence :

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

⤵ Maladies et accidents (dates) :

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

⤵ Interventions chirurgicales récentes :

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

⤵ 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

### Traitement

⤵ 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)**

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

### 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, certifi e 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<sup>e</sup> étage  
Boîte aux lettres n°35  
75755 Paris Cedex 15

**01 44 10 23 74**  
**[vacances@apajh.asso.fr](mailto:vacances@apajh.asso.fr)**

**[www.handicap-vacances.org](http://www.handicap-vacances.org)**

