



NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER : _____

DATE DE NAISSANCE DU VACANCIER : ____/____/____

FICHE SANTÉ

Merci de joindre l'ordonnance de la prescription médicale en cours, utilisable en cas de nécessité.

Le vacancier va participer à un séjour de vacances adaptées au sein de l'association « MISTIGRI ».

Afin de permettre la bonne continuité des soins durant le séjour et en cas d'urgence, merci de compléter avec soin ce document. Nous vous rappelons que cette fiche relative au traitement médical restera confidentielle. En cas d'urgence, elle sera transmise par le directeur de séjour aux professionnels de santé.

Renseignements du vacancier:

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant: _____

Déficience/handicap: Mental Cognitif Sensoriel Psychique Autre: _____

Pathologie(s) associée(s): _____

Antécédents Médicaux: _____

Antécédents Chirurgicaux: _____

Allergie(s) connue(s) alimentaire(s), médicamenteuse(s)...: _____

Le vacancier a-t-il un traitement: oui non

Le vacancier aura-t-il des injections à effectuer durant le séjour ? oui non

Groupe Sanguin: _____

Asthmatique: oui non *Si oui, date de la dernière crise:* _____

Epileptique: oui non *Si oui, date de la dernière crise:* _____

Vaccinations à jour:

Hépatite A oui non *Date du dernier rappel:* _____

Hépatite B oui non *Date du dernier rappel:* _____

Tétanos oui non *Date du dernier rappel:* _____

Grippe oui non *Date du dernier rappel:* _____

COVID -19 oui non *Date du dernier rappel:* _____

Autres: _____

Contre-indications Médicales :

Baignade: oui non *Autres :* _____

Activités sportives: oui non *Préciser:* _____

L'altitude est-elle déconseillée? oui non

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée?

oui non *Pourquoi?*

Le vacancier a-t-il des lunettes / lentilles : oui non

Le vacancier a-t-il une prothèse auditive : oui non

Le vacancier a-t-il des chaussures orthopédiques : oui non

Le vacancier a-t-il une prothèse (hanche, genou...): oui non

Si oui, laquelle: _____

Recommandations: _____

Le patient a-t-il un pacemaker: oui non

Recommandations: _____

Pour les vacancières:

Contraception: oui non *Moyen de contraception :* _____

La vacancière gère t'elle seule sa contraception ? oui non

Autres recommandations médicales ou sanitaires:
