

## FICHE 3

# SANTÉ

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 :  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

État de santé général : .....

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

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

• Manifestation habituelle : .....

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

• 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
  - Méningocoque C  Oui  Non
  - Rotavirus  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 (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 .....

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

### ■ Contre-indications

- Allergies médicamenteuses : .....
- Sportives : .....
- Baignade : .....
- Divers : .....

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

## • QUESTIONNAIRE COVID •

1. Le vacancier a-t-il un schéma vaccinal complet ?

Oui  Non

2. Le vacancier a-t-il une contre-indication à la vaccination ?

Oui  Non (si oui, joindre l'attestation)

3. Le vacancier a-t-il une contre-indication pour le port du masque ?

Oui  Non (si oui, joindre l'attestation)

## • CERTIFICAT D'ADMISSION EN SÉJOUR DE VACANCES POUR 2024 •

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 soit :

- lors du départ ou à l'arrivée au centre pour les séjours en pension complète,
- lors de l'accueil à l'arrivée au Domaine de la Porte Neuve pour les séjours loisirs.