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:

Lieu, date:

Signature du vacancier:	Signature du représentant légal:	Signature du médecin traitant: