

FICHE MEDICALE

Nom : Prénom :
 Né(e) le N° de sécurité sociale :
 Taille : Poids : Groupe sanguin :

MEDICAL

Traitement médical oui non
 Prend son traitement seul oui non
 Soins médicaux nécessitant une intervention médicale extérieure oui non
 si oui précisez.....

 Vaccination à jour oui non

Contre-indication médicamenteuse ou allergie

Pièces à fournir :
 - copies des attestations mutuelles, C.M.U., etc...
 - copie attestation carte vitale

AUTRES

Handicap mental/psychique oui non
 Précisez
 Handicap physique oui non
 Précisez
 Est-il épileptique oui non
 Si oui, est-il stabilisé oui non
 Est-il diabétique oui non
 Si oui a-t-il besoin d'injections oui non
 Faite par une infirmière oui non
 Faite par lui-même oui non
 Est-il asthmatique oui non
 Si oui, a un traitement oui non
 Sait le gérer oui non
 Est-il cardiaque oui non
 Si oui précisez.....

ALIMENTATION

Régime alimentaire oui non
 Précisez.....
 Troubles digestifs oui non
 Alimentation hachée oui non
 Anorexie oui non
 Boulimie oui non
 Allergie alimentaire oui non
 Précisez.....

RECOMMANDATION PARTICULIERES (Régimes, allergies, autres...)

.....

Coordonnées du médecin traitant :

-

Personnes à contacter en cas d'urgences :

-
-

TRAITEMENT MEDICAL

Le bénéficiaire suit un traitement médical régulier, indiquer la posologie dans le tableau

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Pour une prise en compte sécurisée des soins, remettre au responsable de séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « AIDE A LA VIE COURANTE ».

Non contre-indication aux activités sportives

Je soussigné.....Dr en médecine avoir examiné..... et ne pas avoir décelé de contre-indication médicale a la pratique d'activités sportives.

Date : _____ Signature : _____

Non contre-indication a la baignade

Je soussigné.....Dr en médecine certifie avoir examiné..... et ne pas avoir décelé de contre-indication médicale a la pratique de la baignade.

Date : _____ Signature : _____

Je soussigné, Dr.....certifie que l'état de santé de la personne citée ci-dessus n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisé.

Date : _____ Signature : _____

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE
ET DE TRANSFUSION SANGUINE**

Je soussigné (e) M ou Mme

Père, Mère ou Tuteur légal de (nom et prénom de la personne)

Déclare donner pouvoir au professionnel de santé ou à son remplaçant pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne Mr, Mme dans le centre hospitalier le plus proche.

Fait à le.....

Signature père, mère ou tuteur légal :

RENSEIGNEMENTS UTILES

N° de téléphone en cas d'urgence :

N° sécurité sociale :



Vi'la
Margeride