

**DOSSIER MEDICAL**  
(à remplir par le médecin traitant)

Je soussigné,

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour ..... (Date) le vacancier :

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Age .....

Poids ..... Taille.....

**HANDICAP PREDOMINANT**

Nature du handicap .....

**DEFICIENCES ASSOCIEES**

**Motrice**       oui       non      Si oui, précisez .....

**Appareillage**    oui    non   Si oui, précisez .....

**Mentale**       oui       non      Si oui, précisez .....

**Sensorielle**    oui       non      **Problème de vue**       oui    non

Si oui, appareillage ? Précisez .....

**Problème d'audition**  oui    non

Si oui, appareillage ? Précisez .....

**Troubles psychiques**  oui       non      Si oui, précisez .....

**Epilepsie**    oui       non      Si oui    stabilisée       non stabilisée

Type de crise.....

Fréquence .....

Date de la dernière crise .....

**Autres** (troubles cardiaques, urinaires, intestinaux, crise d'angoisse, d'agressivité etc.)  oui  non

Si oui, précisez .....

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

Le vacancier est-il sujet aux fugues, ou autre ?.....

**TRAITEMENT MEDICAL**

Le vacancier doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non Si oui, précisez :

Matin.....

Midi .....

Soir.....

Coucher .....

Des soins infirmiers ou de rééducation sont-ils nécessaires au cours du séjour ?  oui  non

Si oui, précisez .....

**CONTRE INDICATIONS**

Allergies alimentaires  oui  non Si oui, précisez .....

Autres allergies  oui  non Si oui, précisez .....

**ACTIVITES ET SPORTS DE NATURE \***

La pratique (accompagnée) des activités suivantes est autorisée :

Canoë, kayak, randonnée pédestre, équitation, escalade, raquettes neige, spéléologie, ski, surf, voile

Restrictions ou remarques éventuelles : .....

.....

.....

(\* rayer les mentions inutiles)

DATE.....

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN :