



# ASSOCIATION BIEN-ÊTRE TOURISME LOISIRS HANDICAP

102, place de la Mairie 38660 LA TERRASSE / Tél : 04 76 44 60 22 ou 06 68 99 77 53  
Courriel : contact@enviebienetre.fr

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**(À renseigner obligatoirement pour les séjours supérieurs à 5 jours. Le certificat doit être signé et envoyé 1 mois avant le départ du séjour)**

VACANCIER(E) – NOM, Prénom :

SÉJOUR :

Du ..... au .....

Je soussigné(e), Docteur .....

Déclare à l'Association Bien-Être Tourisme Loisirs Handicap organisatrice du séjour ci-dessus désigné, avoir pris connaissance des caractéristiques du séjour (activités bien-être et autres activités) et les conditions d'inscription à l'association, notamment que les traitements médicaux (s'il y a lieu et dans le cas où le vacancier ne les gère pas seul) seront, distribués durant tout le séjour, distribués par l'équipe d'animation à partir de piluliers nominatifs remplis et fournis en quantité suffisante.

Certifie que l'état de santé de la personne inscrite, ci-dessus désignée, est en adéquation avec sa participation au séjour de vacance ci-dessus désigné. Certifie que la personne inscrite sur le séjour est à jour de ses vaccinations.

CONTRE INDICATION AUX ACTIVITÉS DE SPA (jacuzzi, hammam, sauna et massage détente) :

.....  
.....

PROTHESES ET ORTHESES (appareil dentaire, oculaire, auditif...) : .....

Soins spécifiques : .....

EPILEPSIE :

Stabilisée depuis le .....

Fréquence des crises : .....

Circonstances déclenchantes : .....

.....

Symptômes : .....

.....

Conduite à tenir : .....

SENSIBILITE AU SOLEIL (fournir une crème solaire adaptée) : .....

ALIMENTATION (vigilance particulière, risque de fausse route, problème de déglutition, etc...) : .....

.....

REGIME ET ALLERGIES : (fournir obligatoirement une ordonnance pour un régime) .....

.....

AUTRE INDICATIONS RELATIVES A LA SANTE devant être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement.

Joindre, si nécessaire, des indications complémentaires à destination de l'équipe du séjour ou aux professionnels du corps médical en cas de besoin sous forme de feuille annexe : (diabète, apnée du sommeil, etc.)

.....

.....

Fait à ....., le .....

NOM du médecin : .....

Téléphone : .....

Cachet et signature (obligatoire) :

**Fiche valable au jour de la signature. En cas de modification de l'état de santé de la personne inscrite, remplir un nouveau formulaire.**

Association Bien-Être Tourisme Loisirs Handicap

N°SIRET : 52201453900012 / Immatriculation Tourisme : n° IM038100017

Agrément Vacances Adaptées Organisées délivré par la préfecture de la région Rhône-Alpes arrêté n°21-33 du 31/03/2021.

Assurance RC Professionnelle : MAIF / Garantie Financière : UNAT