



ASSOCIATION BIEN-ETRE 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

(A remplir obligatoirement pour les séjours supérieurs à 5 jours et à retourner au plus tard 1 mois avant le début du séjour.)

VACANCIER(E) – NOM, Prénom :

SEJOUR :

Du au

Je soussigné(e), Docteur

Déclare à l'Association Bien-Être Tourisme Loisirs Handicap organisatrice du séjour ci-dessus désigné, avoir pris connaissance et accepter les caractéristiques du séjour 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.

M'engage à fournir toutes les informations nécessaires à l'équipe d'encadrement, notamment les ordonnances dactylographiées et protocole de distribution des traitements, et à informer l'Association Bien-Être Tourisme Loisirs handicap de tout changement de l'état de santé du (de la) vacancier(e)

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, ALLERGIES : (fournir obligatoirement une ordonnance)

.....

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 :

.....

.....

.....

Fait à, le

NOM du médecin :

Téléphone :

Cachet et signature :

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