



# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

## 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](mailto:contact@enviebienetre.fr)

À remplir obligatoirement pour les séjours supérieurs à 5 jours et à retourner 1 mois avant le début du séjour (**PAS AVANT !!**)

VACANCIER(E) – NOM, Prénom :

SÉJOUR :

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

La personne désignée ci-dessus souhaite partir en vacances adaptées avec l'Association Bien-Être Tourisme Loisirs Handicap. L'association est garante du respect du protocole sanitaire interministériel spécifique aux vacances adaptées spécial COVID 19, notamment : les gestes barrières, le port du masque quand la distanciation physique n'est pas possible, le lavage des mains très régulier (savon ou gel hydroalcoolique).

Je soussigné(e), Docteur .....

- certifie que l'état de santé de la personne, ci-dessus désignée, lui permet de participer au séjour de vacances choisi.

- certifie aucune contre indication à la pratique d'activités bien-être : jacuzzi, hammam, sauna, massage détente.

- m'engage à fournir toutes les informations nécessaires à l'équipe d'encadrement, notamment les ordonnances à jour, et à informer l'Association Bien-Être Tourisme Loisirs handicap de tout changement de l'état de santé du (de la) vacancier(e).

### VACCINATION COVID 19 :

La personne est-elle vaccinée ?  OUI  NON

Si OUI, vaccination complète :  OUI  NON

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

Soins spécifiques : .....

### EPILEPSIE :

Stabilisée depuis le .....

Fréquence des crises : .....

Circonstances déclenchantes : .....

Symptômes : .....

Conduite à tenir : .....

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

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

RÉGIME, ALLERGIES : (fournir obligatoirement une ordonnance) .....

AUTRE INDICATIONS RELATIVES A LA SANTE devant être portées à la connaissance de l'association et de l'équipe d'encadrement, notamment des pathologies chroniques connues (hypertension, maladies respiratoires, obésité, etc.) 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.