

### 3. DOSSIER MEDICAL

*A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT*

Je soussigné(e) , Docteur : .....  
certifie avoir examiné M. ou Mme : .....  
A : .....  
Le : ...../...../.....  
Signature et cachet :

---

Nom et prénom du vacancier : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Numéro de sécurité sociale : .....  
Origine du handicap : .....

Le vacancier présente t-il une insuffisance respiratoire ?     Oui             Non

Observations : .....

Ventilation assistée :     Oui       Non    Précisez : .....

---

	<b>oui</b>	<b>non</b>
Le vacancier est-il asthmatique ?		
Le vacancier est-il épileptique ? Si oui, fréquence des crises.....		
Le vacancier a t-il des problèmes cardiaques ? Si oui, lesquels : .....		
Le vacancier a t-il du diabète ?		
Gère t-il ses injections seul ?		
Le vacancier a t-il un traitement médical ? Si oui, joindre l'ordonnance.		
Le vacancier a t-il des allergies ? Si oui, lesquelles ?		
Le vacancier a t-il des injections à réaliser pendant le séjour ? Lesquelles : ..... Fréquence : .....		

Matériel à louer pendant le séjour :

Fauteuil roulant manuel

Lit médicalisé

Lève-personne

*HOSPITALISATION/ INTERVENTION CHIRURGICALE*

*Ordonnance+ carte vitale+ Carte de mutuelle sont des documents à donner obligatoirement*

Nous, soussignés (le vacancier ou son représentant légal)

.....

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation chirurgicale, y compris une anesthésie sur la personne de.....

Date et signature :