



2024

**B - AUTORISATIONS MEDICALES**

A l'intention des équipes d'animation  
A RAMENER AU PLUS VITE DES  
RECEPTION

**AVIS MEDICAL / AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL**

Je, soussigné, Docteur .....

informe l'organisateur du séjour de vacances, l'Association EPAL, que :

Mlle, M. : .....

Séjour choisi : .....

présente un état de santé en adéquation avec une participation au séjour envisagé.

Fiche valable au jour de la signature du dit document. En cas de modification de l'état de santé du vacancier, demander un nouveau formulaire.

et autorise un membre de l'équipe d'animation, compte tenu de la nature et du mode de prise des médicaments habituels, à donner ces médicaments préalablement préparés et mis en **pilulier** par une infirmière (**étiqueté au nom du vacancier (NOM, PRENOM et DATE de NAISSANCE et ordonnance en cours de validité à fournir)**).

Pour les vacanciers de FAM ET MAS merci de fournir, selon l'Art-D344-5-8 du CASF, une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales (Fiche Médicale de Liaison) relatives à la personne.

A ..... le .....

Signature du médecin référent

Dr