

B - AUTORISATIONS MEDICALES

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

NOM du vacancier : Séjour choisi :

AVIS 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.

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

AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL

Nous, Dr, compte tenu de la nature et du mode de prise des médicaments habituels :

- Autorisons un membre de l'équipe d'animation à donner ces médicaments
préalablement préparés et mis en **semainier** par une infirmière
(étiqueté au nom du vacancier (NOM, PRENOM et DATE de NAISSANCE))

- Demandons que ce soit une infirmière qui assure la distribution de ceux-ci
et joignons une ordonnance originale en cours de validité * à cet effet

* *Sans transmission de l'ordonnance originale en cours de validité, nous ne pourrions assurer cette demande, qui doit être prise en charge par les caisses habilitées.*

A Le

Signature du médecin référent