

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET DISTRIBUTION DU TRAITEMENT  
A L'INTENTION DU RESPONSABLE DE SEJOUR DE VACANCES  
A RETOURNER AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Ref. séjour :** \_\_\_\_\_

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, certifié à l'organisateur, l'Association EPAL, que l'état de santé de M. ou Mme : \_\_\_\_\_, est en adéquation avec la participation au séjour de vacances retenu et déclare avoir pris connaissance que les traitements médicaux (s'il y a lieu et dans le cas où le vacancier ne le gère pas seul) seront, durant la durée du séjour dans le cadre de la vie courante et au regard de la circulaire en date du 4 juin 1999, distribués par un membre de l'équipe d'animation à partir de semainiers, étiquetés au nom du vacancier (NOM, PRENOM et DATE de NAISSANCE) remplis et fournis en quantité suffisante pour la période concernée (1 par semaine de séjour). Cette distribution se fera selon un protocole et à l'aide d'outils (tableaux de contrôle) fournis par l'Association EPAL aux équipes d'animation.

PROTHESES ET ORTHESES

- \* Port de lunettes correctrices  en permanence  occasionnellement  non
  - \* Port de lentilles  en permanence  occasionnellement  non
  - \* Port d'une prothèse dentaire amovible  oui  non
  - \* Port d'une prothèse oculaire amovible  oui  non
  - \* Port d'une prothèse auditive  oui  non
  - \* Autre  membre artificiel  poche  chaussures orthopédiques
- Détail : \_\_\_\_\_

Si soin spécifique, y adjoindre une note pour l'équipe d'animation : \_\_\_\_\_

SANTE

- \* Déficience visuelle  oui  non (précisez : \_\_\_\_\_)
- \* Déficience auditive  oui  non (précisez : \_\_\_\_\_)
- \* Epileptique  oui  non détail : \_\_\_\_\_ (préciser si absences, circonstances déclenchantes, fréquence...)
- \* Asthmatique  oui  non détail : \_\_\_\_\_
- \* Sensibilité au soleil  oui  non (fournir une crème solaire adaptée) :

ALIMENTATION

- \* Vigilance particulière :  risque de fausse route  problème de déglutition  autre \_\_\_\_\_
- \* Troubles alimentaires :  boulimie  anorexie  autre \_\_\_\_\_
- \* Régime :  oui  non détail : \_\_\_\_\_ (ordonnance originale en cours de validité obligatoire)
- \* Aliments proscrits  oui  non détail : \_\_\_\_\_ (ordonnance originale en cours de validité obligatoire)
- \* Allergie  oui  non détail : \_\_\_\_\_
- \* Repas  mixé  mouliné  émietté (ordonnance originale en cours de validité obligatoire)

AUTRES INDICATIONS RELATIVES A LA SANTE DEVANT ETRE PORTEES A CONNAISSANCE DE L'EQUIPE D'ENCADREMENT (contre indications...). Joignez, si vous l'estimez nécessaire et sous la forme qui vous convient (feuille annexe, pli fermé...), des indications complémentaires à destination de l'équipe du séjour ou aux professionnels du corps médical en cas de besoin.

**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 \_\_\_\_\_, Nom, qualité du médecin signataire : \_\_\_\_\_

Signature :