

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

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 | <input type="radio"/> en permanence | <input type="radio"/> occasionnellement | <input type="radio"/> non |
| * Port de lentilles | <input type="radio"/> en permanence | <input type="radio"/> occasionnellement | <input type="radio"/> non |
| * Port d'une prothèse dentaire amovible | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | |
| * Port d'une prothèse oculaire amovible | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | |
| * Port d'une prothèse auditive | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | |
| * Autre | <input type="radio"/> membre artificiel | <input type="radio"/> poche | <input type="radio"/> 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 :