

FICHE SANITAIRE

Séjour du

Nom : Prénom :

Personne à prévenir en cas d'accident ou de maladie :

Nom : Prénom :

Qualité :

Tél :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Tél :

Allergies personnelles :

Urticaire

Soleil

Eczéma

Asthme

Alimentaires

Autres :

Allergies médicamenteuses :

Quel(s) médicament(s) :

.....

.....

Difficultés de santé :

Maladies

Préciser lesquelles :
.....
.....

Epilepsie

Si oui, les crises sont-elles fréquentes, stabilisées :
.....

Précautions à prendre :
.....
.....

Traitement médical prescrit :

Préciser lequel :
.....
.....

Avez-vous besoin d'aide pour la prise du traitement ?.....

Autre traitement non prescrit : (doliprane, spasfon.....)

Préciser lequel :

Recommandations particulières :
.....
.....

LE JOUR DU DEPART : Prévoir les médicaments prescrits en quantité suffisante : **joindre l'ordonnance**. Emmener la **CARTE VITALE** et l'attestation complémentaire santé.

Complété le.....

Par.....