

Fiche médicale

Nom
Né(e) le
Taille

poids

Prénom
n° de sécurité sociale
groupe sanguin

MEDICAL

Traitement médical oui non

Prend son traitement seul oui non

Soins médicaux nécessitant une intervention médicale extérieure oui non
si oui précisez.....
.....

Vaccination à jour oui non

Contre indication médicamenteuse ou allergie

Pièces à fournir :

- copies des attestations mutuelles, C.M.U., etc...
- copie attestation carte vitale

AUTRES

Handicap mental/psychique oui non
Précisez

Handicap physique oui non
Précisez

Est-il épileptique oui non
Si oui, est il stabilisé oui non

Est-il diabétique oui non
Si oui a-t-il besoin d'injections oui non

Faite par une infirmière oui non
Faite par lui-même oui non

Est-il asthmatique oui non
Si oui, a un traitement oui non
Sait le gérer oui non

Est-il cardiaque oui non
Si oui précisez.....
.....
.....

ALIMENTATION

Régime alimentaire oui non

Précisez.....

Troubles digestifs oui non

Alimentation hachée oui non

Anorexie oui non

Boulimie oui non

Allergie alimentaire oui non

Précisez.....

RECOMMANDATION PARTICULIERES (régimes, allergies, autres...)

Coordonnées du médecin traitant :

-
.....

Personnes à contacter en cas d'urgences :

-
.....

TRAITEMENT MEDICAL

Le bénéficiaire suit un traitement médical régulier, indiquer la posologie dans le tableau

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Pour une prise en compte sécurisée des soins, remettre au responsable de séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « AIDE A LA VIE COURANTE ».

Non contre indication aux activités sportives

Je soussigné.....Dr en médecine avoir examiné.....
et ne pas avoir décelé de contre indication médicale a la pratique d'activités sportives.

Date :

Signature :

Non contre indication a la baignade

Je soussigné.....Dr en médecine certifie avoir examiné.....
et ne pas avoir décelé de contre indication médicale a la pratique de la baignade.

Date :

Signature :

Je soussigné, Dr.....certifie que l'état de santé de la personne citée ci-dessus
n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisé.

Date :

Signature :

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION
CHIRURGICALE
ET DE TRANSFUSION SANGUINE**

Je soussigné (e) M ou Mme

.....

Père, Mère ou Tuteur légal de (nom et prénom de la personne)

.....

Déclare donner pouvoir au professionnel de santé ou à son remplaçant pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne Mr,Mme dans le centre hospitalier le plus proche.

Fait à le.....

Signature père, mère ou tuteur légal :

RENSEIGNEMENTS UTILES

N° de téléphone en cas d'urgence :

.....

N° sécurité sociale :

.....