

# Fiche médicale n°1

**Nom / Prénom du médecin traitant :** .....

Adresse : ..... Code Postal : .....

Ville : ..... E-mail : .....

Téléphone(s) : ..... Portable(s) : ..... Fax : .....

Est-il joignable pendant le séjour :  OUI  NON Si NON, Nom et Prénom du médecin joignable : .....

Adresse : ..... Code Postal : .....

Ville : ..... E-mail : .....

Téléphone(s) : ..... Portable(s) : ..... Fax : .....

SANTÉ / MÉDICAL	OUI	NON
Traitement médical		
Prend son traitement seul		
Enurésie diurne*		
Enurésie nocturne*		
Encoprésie diurne*		
Encoprésie nocturne*		
Contraceptif		
Précisez :		
Si oui, gère seul(e)		
Règles douloureuses		
Règles abondantes		
Règles aménorrhées		
Date des dernières règles :		
Hyper-salivation		
Cardiaque		

\*Si énurésie ou encoprésie, merci de fournir une alèse

	OUI	NON
Diabétique		
Injection insuline pendant le séjour		
Précisez fréquence :		
Gère seul ses injections		
Addiction		
Précisez :		
Allergies		
Précisez :		
Asthmatique		
Date de la dernière crise :		
Epileptique		
Epilepsie stabilisée		
Date de la dernière crise :		

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Allergie alimentaire		
Précisez :		

HABITUDE / COMPORTEMENT	OUI	NON
Fumeur		
Si oui gère seul		
Si non précisez :		
Peut consommer de l'alcool		
Si oui gère seul		
Risques liés à la consommation d'alcool		
Précisez :		

LOISIRS / ACTIVITÉS	OUI	NON
Peut se baigner avec surveillance		
Participation à une activité soutenue		
Exposition au soleil modérée		

**DATE ET SIGNATURE**  
**Médecin traitant + Vacancier**  
**ou représentant légal**