

FICHE DE LIAISON MÉDICALE ET D'ENGAGEMENT

(A l'attention du médecin traitant et infirmier référent et responsable légal)

Fiche à renvoyer dûment complétée et signée à : 2 rue de la Poudrière - 25370 LES LONGEVILLES MT D'OR
Ou par Mail : contact@vacances-adaptees.com

IDENTITÉ DU VACANCIER

NOM :	
Prénom :	
Adresse de résidence :	
Tél. portable du vacancier :	
Nom du séjour choisi :	
Dates du séjour :	

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Date de naissance :	Numéro de sécurité sociale :																		
Lieu de naissance :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Sexe :	Caisse d'affiliation :																		
Groupe sanguin :																			
Taille et poids :	RAPPEL : nous fournir une copie de l'attestation de droit assurance maladie faisant apparaître le 100% (obligatoire).																		

MÉDECIN TRAITANT

NOM :	<u>Le médecin traitant est-il joignable durant le séjour</u> oui non Si non, indiquer le Nom, prénom coordonnées postale et téléphonique du médecin joignable (il nous faut IMPÉRATIVEMENT une contact joignable pendant le séjour) :
Prénom :	
Téléphone :	
Adresse :	

Préciser les coordonnées du représentant légal

JOIGNABLE DURANT LE SÉJOUR EN CAS D'URGENCE MEDICALE (OBLIGATOIRE)

NOM :	
Prénom :	
Nom de la structure (le cas échéant)	
Adresse :	
Adresse mail :	
Tél. portable :	

DÉFICIENCE / HANDICAP

	Moteur	Sensoriel	Mental	Cognitif	Psychique
OUI					
NON					

Pathologies (ex : trisomie, autisme...) :

Pathologie(s) associée(s) :

VACCINATION / ALLERGIES / MALADIES

VACCINATION	OUI	NON	Date du dernier rappel
HEPATITE A			
HEPATITE B			
DIPHTERIE, TETANOS, POLYOMELITE			
COQUELUCHE			
ROUGEOLE, OREILLONS, RUBEOLE			
Haemophilus influenzae de type B			
PNEUMONOCOQUE			
MENINGOCOQUE DE TYPE C			
GRIPPE			
COVID-19			
AUTRES VACCINATIONS			Préciser lesquels :

CONTRE-INDICATION	OUI	NON	PRÉCISER
Contre-indication médicamenteuses			<u>Lesquels</u> :
Allergies connues			<u>Lesquels</u> : <u>Traitement éventuel</u> :
AUTRES :			<u>Lesquels</u> :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES MÉDICALES

Antécédents médicaux :

.....

Autres informations qu'une équipe médicale doit connaître en cas d'hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

.....

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Je soussigné,....., agissant en qualité de,
certifie avoir pris connaissance de la nature du séjour proposé par Différences Vacances Adaptées (organisateur de séjour de tourisme adapté et non établissement médico-social).

Au vu de l'état de santé du vacancier M / Mme....., je certifie que :

- l'état de santé physique permet la participation à un séjour de vacances adapté
- l'état de santé mental et psychique est stable et compatible avec une vie en collectivité non médicalisée.
- le vacancier ne présente pas de comportements dangereux pour lui-même ou pour le groupe

Fait à, le

Signature et cachet du médecin ou personnel médical

Mention "Lu et approuvé"

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE D'URGENCE

Je soussigné,....., agissant en qualité de..... ,
de M..... .

1/ Autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé du vacancier dont son hospitalisation voire une intervention chirurgicale.

2/ Prendra en charge la totalité des dépenses ainsi engagées pour le compte du vacancier par Différences Vacances Adaptées, ARTMO.

Fait à, le

Signature

Mention "Lu et approuvé"