

DOSSIER MÉDICAL

À REMPLIR AVEC L'AIDE DU MEDECIN TRAITANT

- Votre enfant a-t-il un :
 Handicap physique Handicap mental
Quel est le diagnostic précis du handicap de votre enfant ?
.....
- A-t-il besoin de soins médicaux (sondage, appareillages, ...)?
Si oui, détaillez-en la nature et la fréquence :
.....
- Souffre-t-il :
 D'épilepsie ?
Quelle est la fréquence des crises ?
De quand date sa dernière crise ?
> En cas de crise, merci d'expliquer en annexe comment réagir.
 De diabète ? D'une maladie du cœur ?
 D'asthme D'une autre maladie ?
- Y a-t-il des activités contre-indiquées ? Si oui, lesquelles ?
.....
- A-t-il reçu le vaccin antitétanique ? Oui Non
De quand date le dernier rappel ?
- Souffre-t-il d'allergies ? Oui Non
Si oui, à quoi ?
- A-t-il des problèmes de vue ? Oui Non
- Porte-t-il des lunettes ? Oui Non
- A-t-il des problèmes d'ouïe ? Oui Non
- Porte-t-il un appareil auditif ? Oui Non
- A-t-il une autre difficulté sensorielle ?
.....
- Remarques :
.....
- Quels sont :
Sa taille : Son poids : Sa pointure :

PRESCRIPTION MÉDICALE

- Le soussigné(e) Docteur en médecine, atteste que a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant le SÉJOUR / PLAINES (barrer la mention inutile), organisé(e) par le service Jeunesse de la Mutualité Chrétienne qui se déroulera : du / / 20 au / / 20 à (localité)

- **Nom du médicament :**
Principe actif :
Mode d'administration : Dosaage :
Fréquence/moment de prise :
Durée du traitement :
Effets secondaires éventuels :
- **Nom du médicament :**
Principe actif :
Mode d'administration : Dosaage :
Fréquence/moment de prise :
Durée du traitement :
Effets secondaires éventuels :

- Doit-il prendre des médicaments spécifiques dans certaines circonstances ? Oui Non
Si oui, dans quelles circonstances :

- **Nom du médicament :**
Principe actif :
Mode d'administration : Dosaage :
Fréquence/moment de prise :
Durée du traitement :
Effets secondaires éventuels :
- Est-il allergique à certain(s) médicament(s) ? Oui Non
Si oui, le(s)quel(s) ? (dénomination précise) :
- Nom et adresse du service infirmier traitant :
- Remarques :

Veuillez nous fournir suffisamment de médicaments pour toute la durée du séjour et les remettre en mains propres au responsable avant le départ. **Toute modification de traitement par rapport à la présente devra impérativement être attestée par un médecin.**

Le soussigné(e) Docteur Médecin traitant de la personne précitée, déclare avoir pris connaissance des données ci-dessus et certifie que ces renseignements sont exacts et complets. **N° de téléphone :**

Fait à le / / 20

Cachet du Médecin obligatoire :

Signature :

Les frais médicaux survenant au cours de l'activité de Ocarina sont à notre charge. Nous n'intervenons cependant pas pour les frais qui découlent d'une aggravation d'état de santé conséquence d'un accident **antérieur** au séjour/plaine. **En cas de traitement médical en cours**, le participant doit disposer des médicaments nécessaires pour toute la durée du séjour. Si vous le souhaitez, ils seront confiés au responsable avec toutes les indications utiles et nécessaires. **Attestation médicale indispensable.**