

- 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 :  
 .....  
 .....  
 .....

## 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)

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nom du médicament :</b> .....</li> <li>Principe actif : .....</li> <li>Mode d'administration : ..... Dosaage : .....</li> <li>Fréquence/moment de prise : .....</li> <li>Durée du traitement : .....</li> <li>Effets secondaires éventuels : .....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nom du médicament :</b> .....</li> <li>Principe actif : .....</li> <li>Mode d'administration : ..... Dosaage : .....</li> <li>Fréquence/moment de prise : .....</li> <li>Durée du traitement : .....</li> <li>Effets secondaires éventuels : .....</li> </ul> |
|---|---|

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

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nom du médicament :</b> .....</li> <li>Principe actif : .....</li> <li>Mode d'administration : ..... Dosaage : .....</li> <li>Fréquence/moment de prise : .....</li> <li>Durée du traitement : .....</li> <li>Effets secondaires éventuels : .....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Est-il allergique à certain(s) médicament(s) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br/>               Si oui, le(s)quel(s) ? (dénomination précise) : .....</li> <li>● Nom et adresse du service infirmier traitant : .....</li> <li>● Remarques : .....</li> </ul> |
|---|--|

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.**