

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