

CIVILITE DU VACANCIER	
NOM	
Prénom	
Adresse de résidence	
N° de tél portable de l'inscrivant	
Nom du séjour choisi	
Dates du séjour	Du Au

I Données administratives

<u>Date de naissance :</u> <u>Lieu de naissance :</u> <u>Sexe :</u> M ou F (barrer la mention inutile) <u>Adresse du lieu de résidence Habituelle :</u> 	<u>Numéro de sécurité sociale</u> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> <u>Caisse d'affiliation :</u> Rappel : Nous fournir une copie de l'attestation de droit assurance maladie faisant apparaître le 100% (obligatoire)																			

II Médecin traitant

1/ Coordonnées du médecin traitant

<u>Nom :</u> <u>Prénom :</u> <u>Téléphone :</u> <u>Adresse :</u> 	<u>Le médecin traitant est-il joignable durant le séjour</u> <div style="text-align: center;"> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> </div> <i>Si non, indiquer le nom, prénom adresse et téléphone du médecin joignable :</i>
---	---

Préciser les coordonnées du représentant légal en cas d'URGENCE MEDICALE (obligatoire) :

CIVILITE DU REPRESENTANT LEGAL	
NOM, Prénom et statut du référent	
Nom de la structure (le cas échéant)	
Adresse	
Adresse mail et tel. portable	

VII Groupe sanguin/Vaccination/ Allergies/ Maladies

Groupe sanguin : / Remplir les tableaux avec des croix

VACCINATION	Oui	Non	Date du dernier rappel
HEPATITE A			
HEPATITE B			
DIPHTERIE, TETANOS, POLYOMYELITE			
COQUELUCHE			
ROUGEOLE , OREILLONS, RUBEOLE			
Hæmophilus influenzae de type B			
PNEUMOCOQUE			
MENINGOCOQUE DE TYPE C			
GRIPPE			
COVID-19			
AUTRES VACCINATIONS			Préciser lesquels ?.....

ALLERGIES/MALADIES	Oui	Non	Précisions obligatoires
Asthme			Date de la dernière crise: Ventoline : Autres :
Allergies connues			Lesquels (soyez exhaustifs) : Traitement éventuel :
Diabète			Insulinodépendant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indépendant dans la gestion du traitement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Besoin d'un soin infirmier Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui combien par semaine ?.....
Apnée du sommeil			Port d'un appareil respiratoire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisions :
Épilepsie			Date de la dernière crise :..... Matériel spécifique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lequel ? (ex. : casque)..... Traitement d'urgence par injection Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En général, combien de crise par semaine ? Précisions :
Contre-indication médicamenteuses			Lesquels ?.....

Contre-indications sportives	Peut	Ne peut pas	Précisions
Baignade ?			
Autres activités nautiques ?			
Sport de plein air (accrobranche, Via-Ferrata ...) ?			
Altitude ?			
Activité sportive soutenue ?			
Exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ?			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

