



Certificat Médical



**A remplir obligatoirement par un médecin
Ce document est strictement confidentiel**

Identité du vacancier : _____

Médecin traitant :

- Nom : _____
- Adresse : _____

- Tél. durant la durée du séjour : _____
- eMail : _____
- Tél du remplaçant : _____

Groupe sanguin : _____

Année de vaccination contre le TETANOS : _____

Année d'injection de sérum ANTITETANIQUE : _____

Date de la dernière CUTIREACTION : _____

Si elle est positive, année du virage : _____

Autorisez-vous à donner en cas de besoins :

- Du paracétamol oui – non
- De l'immodium oui – non
- Du buscopan oui – non
- De l'isobétadine oui – non



Affectations chroniques éventuelles

Epilepsie : oui – non

Affection cardiaque : oui – non

Diabète : oui – non

Asthme : oui – non

Affections cutanées : oui – non

Allergies médicamenteuses : oui – non

Allergies alimentaires : oui – non

Somnambulisme : oui – non

Anxiété excessive : oui – non

Autres : _____

Contre-indications

Y-a-t-il des contre-indications aux activités suivantes ? :

Baignades : oui – non

Activités sportives en général : oui – non

Promenades en altitude : oui – non

Remarques :
