



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 : _____



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 :



Opérations antérieures

Y-a-t-il eu des opérations importantes antérieurement que nous devrions savoir ?

oui – non

Remarques :

Médicaments

Liste et posologie des médicaments prescrit au vacancier :

Médicament	Posologie	Heure de prise
Contraceptif		

