



## 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
- De l'immodium
- Du buscopan
- De l'isobétadine



### **Affectations chroniques éventuelles**

**Epilepsie :**

**Affection cardiaque :**

**Diabète :**

**Asthme :**

**Affections cutanées :**

**Allergies médicamenteuses :**

**Allergies alimentaires :**

**Somnambulisme :**

**Anxiété excessive :**

**Autres :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Contre-indications**

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

**Baignades :**

**Activités sportives en général :**

**Promenades en altitude :**

**Remarques :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



