



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 : NON

Affection cardiaque : NON

Diabète : NON

Asthme : NON

Affections cutanées : NON

Allergies médicamenteuses : NON

Allergies alimentaires : NON

Somnambulisme : NON

Anxiété excessive : NON

Autres : _____

Contre-indications

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

Baignades : NON

Activités sportives en général : NON

Promenades en altitude : NON

Remarques :

