



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 :

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 :



Remarques :

Date :

Cachet du médecin :

Signature :