



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

Affection cardiaque : oui

Diabète : oui

Asthme : oui

Affections cutanées : oui

Allergies médicamenteuses : oui

Allergies alimentaires : oui

Somnambulisme : oui

Anxiété excessive : oui

Autres : _____

Contre-indications

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

Baignades : oui

Activités sportives en général : oui

Promenades en altitude : oui

Remarques :



Opérations antérieures

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

Remarques :

-

Médicaments

Liste et posologie des médicaments prescrit au vacancier :

Médicament	Posologie	Heure de prise

