

Autorisation médicale

Autorisation à nous être adressée préalablement à toute demande de séjour.
Elle est un **élément essentiel** pour l'organisation du séjour.
(Merci d'écrire lisiblement)

Je soussigné(e) Docteur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____@_____

Certifie avoir examiné ce jour Monsieur ou Madame _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

NATURE DU HANDICAP

Moteur Mental

Origine _____

Vaccination antitétanique : date du dernier rappel _____ / _____ / _____

Poids : _____ Kg (obligatoire)

Principaux antécédents médicaux / chirurgicaux ou psychiatriques :

DÉFICIENCES ASSOCIÉES

Sensorielles	Altération auditive :	oui	non	Port de prothèses	oui	non
	Altération visuelle :	oui	non	Port de lunettes	oui	non

Cardiaque _____

Respiratoires _____

Cutanée _____

Epilepsie

Comitialité : Stabilisée - Date de la dernière crise : _____ Non stabilisée

Troubles de l'humeur (Dépression...) traitement en cours : _____

