

## Autorisation médicale

- **Pour un séjour au Montégro**
- **Pour un séjour à Djerba**

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

|                     |                       |     |     |                   |     |     |
|---------------------|-----------------------|-----|-----|-------------------|-----|-----|
| <b>Sensorielles</b> | 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 : \_\_\_\_\_

**Traitements et soins indispensables pendant le séjour**

- Traitements médicamenteux**, joindre prescription  
Prise du traitement :  seul  avec l'aide d'un tiers
- Soins infirmiers** : Joindre prescription, protocole ....
- Kinésithérapie** : Joindre prescription, protocole ....
- Appareillage** :  Prothèse  Orthèse  Corset  Siège coquille
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Précautions / Contre- indications**

- Anesthésie (Précaution, contre-indication ...) : \_\_\_\_\_
- Allergies (médicamenteuse, alimentaire, contact ...) : \_\_\_\_\_
- Intolérance (médicamenteuse, alimentaire, contact ...) : \_\_\_\_\_

**Complément d'informations :**

- Conclusion :  Séjour autorisé
- Nouvelle visite médicale nécessaire avant le voyage

Préciser ce qui motive cette précaution : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature et cachet du praticien

**Ne pas oublier de joindre les copies de toutes les prescriptions en cours.  
Joindre également le certificat de vaccination Covid**