

7 rue Castellane 75008 Paris

Tél : 06 09 65 92 65

Mail : contact@librensemble.org

Association à but non lucratif - Siren N° 853102150

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 : _____

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**