



## AUTRES INFORMATIONS

Groupe sanguin : .....

Asthme  Oui  Non

Suite à des crises d'épilepsie  Oui  Non Date dernière crise : .....

Sujet à d'autres types de crises  Oui  Non De quel type : .....

Allergies aux médicaments  Oui  Non

**Si oui, lesquels :** .....

Allergies alimentaires  Oui  Non

**Si oui, quels aliments :** .....

Autres allergies : .....

Est-il vacciné contre le tétanos  Oui  Non

Autre vaccin ..... Date dernier rappel : .....

Autre vaccin ..... Date dernier rappel : .....

Autre vaccin ..... Date dernier rappel : .....

Y a-t-il une contre-indication médicale :

à la baignade  Oui  Non

à la pratique d'activités nautiques  Oui  Non Si oui, lesquelles : .....

à d'autres pratiques sportives  Oui  Non Si oui, lesquelles : .....

Altitude déconseillée ?  Oui  Non À partir de : ..... mètres

La vacancière est-elle sous contraceptif ?  Oui  Non

En est-elle informée ?  Oui  Non

Prend-elle seule ses contraceptifs oraux ?  Oui  Non

Nom du contraceptif utilisé : .....

Remarques : .....

Dates des dernières règles avant le séjour : .....  Règles douloureuses  Abondantes

Consignes éventuelles : .....

**Remarques :** .....

## AUTRES RECOMMANDATIONS MÉDICALES OU SANITAIRES

Signature du médecin ou nom et qualité de la personne ayant rempli cette fiche :

## LE CAS ÉCHÉANT, OBSERVATIONS FAITES PAR LE MÉDECIN EN COURS DE SÉJOUR OU PAR L'ÉQUIPE D'ANIMATION

Date des règles durant le séjour : .....