

AUTRES INFORMATIONS

Groupe sanguin :

Asthme Oui Non

Sujet 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 : _____