

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS PARA-MEDICAUX  
ET DISTRIBUTION DU TRAITEMENT  
A RETOURNER AVEC LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS EPAL**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Ref. séjour :** \_\_\_\_\_

Je soussigné, ....., certifie à l'organisateur, l'Association EPAL, que M. ou Mme : ....., n'a pas de contre-indication à participer au séjour de vacances retenu aux conditions présentées dans le catalogue et déclare avoir pris connaissance que les traitements médicaux (s'il y a lieu et dans le cas où le vacancier ne le gère pas seul) seront, durant la durée du séjour dans le cadre de la vie courante et au regard de la circulaire en date du 4 juin 1999, distribués par un membre de l'équipe d'animation à partir de semainiers, étiquetés au nom du vacancier (NOM, PRENOM et DATE de NAISSANCE) remplis et fournis en quantité suffisante pour la période concernée (1 par semaine de séjour). Cette distribution se fera selon un protocole et à l'aide d'outils (tableaux de contrôle) fournis par l'Association EPAL aux équipes d'animation.

PROTHESES ET ORTHESES

- \* Port de lunettes correctrices       en permanence       occasionnellement       non
  - \* Port de lentilles       en permanence       occasionnellement       non
  - \* Port d'une prothèse dentaire amovible       oui       non
  - \* Port d'une prothèse oculaire amovible       oui       non
  - \* Port d'une prothèse auditive       oui       non
  - \* Autre       membre artificiel       poche       chaussures orthopédiques
- Détail : \_\_\_\_\_

Si soin spécifique, y adjoindre une note pour l'équipe d'animation : \_\_\_\_\_

SANTE

- \* Déficience visuelle       oui       non      (précisez : \_\_\_\_\_)
- \* Déficience auditive       oui       non      (précisez : \_\_\_\_\_)
- \* Epileptique       oui       non      détail : \_\_\_\_\_ (préciser si absences, circonstances déclenchantes, fréquence...)
- \* Asthmatique       oui       non      détail : \_\_\_\_\_
- \* Sensibilité au soleil       oui       non (fournir une crème solaire adaptée) :

ALIMENTATION

- \* Vigilance particulière :       risque de fausse route       problème de déglutition       autre \_\_\_\_\_
- \* Troubles alimentaires :       boulimie       anorexie       autre \_\_\_\_\_
- \* Régime :       oui       non      détail : \_\_\_\_\_ (ordonnance originale en cours de validité obligatoire)
- \* Aliments proscrits       oui       non      détail : \_\_\_\_\_ (ordonnance originale en cours de validité obligatoire)
- \* Allergie       oui       non      détail : \_\_\_\_\_
- \* Repas       mixé       mouliné       émietté (ordonnance originale en cours de validité obligatoire)

AUTRES INDICATIONS RELATIVES A LA SANTE DEVANT ETRE PORTEES A CONNAISSANCE DE L'EQUIPE D'ENCADREMENT (contre indications...). Joignez, si vous l'estimez nécessaire et sous la forme qui vous convient (feuille annexe, pli fermé...), des indications complémentaires à destination de l'équipe du séjour ou aux professionnels du corps médical en cas de besoin.

Merci de fournir, selon l'Art-D344-5-8 du CASF, une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales (Fiche Médicale de Liaison) relatives à la personne.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_,      Nom et qualité de la personne signataire : \_\_\_\_\_

Signature :