

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Informations complémentaires importantes

Nom et prénom (vacancier)

Adresse

Date de naissance :

TRAITEMENT / POSOLOGIE

Nom du Médicament	Matin	Midi	Soir	Coucher
1				
2				
3				
4				
5				
6				

SOINS OU INJECTIONS PREVUS

Nom du Médicament	Date	Dans la valise	A retirer en pharmacie
1			
2			
3			
4			

Si le vacancier est **DIABETIQUE**, merci de nous prévenir afin de mettre en place un protocole. Sans oublier le jour du départ.

ANTECEDENTS MEDICAUX IMPORTANTS :

Maladie (Cardiopathie, épilepsie, phlébite, etc) qui pourrait avoir une incidence durant le séjour.

DERNIERE INTERVENTION CHIRURGICALE :

1) Accident : date Nature

date Nature

2) Opération : date Nature

date Nature