

**FICHE TRAITEMENT A SUIVRE**

Nom et prénom du participant : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lieu du séjour : \_\_\_\_\_ Dates du séjour : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Liste des médicaments (en semainier)	MATIN Quantité/Horaire*	MIDI Quantité/Horaire*	SOIR Quantité/Horaire*	COUCHER Quantité/Horaire*

  

Liste des médicaments ( <b>hors</b> semainier)	MATIN Quantité/Horaire*	MIDI Quantité/Horaire*	SOIR Quantité/Horaire*	COUCHER Quantité/Horaire*

\* Préciser en cas d'horaires spécifiques à respecter.

Si contraception : Indiquer, s'il y a lieu, le 1<sup>er</sup> jour de prise, l'heure, la période de non-prise ... \_\_\_\_\_

Si le vacancier nécessite des soins particuliers pour un passage régulier (injections, pansements, kiné ...), indiquer l'organisation à mettre en place :

Préciser, si en cas de petits maux (nausée, mal de tête, règles douloureuses ...), le vacancier à l'habitude de prendre un traitement (comprimé, sirop, sachet ...) et/ou s'il y a des pommades à appliquer (sécheresse cutanée, shampoing spécifique à faire régulièrement, crème protectrice ou hydratante ...), ainsi que tout autre renseignement que vous jugez nécessaire de porter à notre connaissance et les éventuels conseils que vous jugez nécessaires à apporter concernant la prise de médicaments :

Cachet du médecin traitant

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, certifie que l'état de santé de la personne nommée ci-dessus, est en adéquation avec la participation au séjour de vacances retenu et déclare avec pris connaissance que, (s'il y a eu et dans le cas où cette personne ne les gère pas seule) les médicaments seront distribués, dans le cadre de la vie courante et au regard de la circulaire datée du 4 juin 1999, par un membre de l'équipe d'encadrement du séjour, à partir de semainiers remplis et fournis en quantité suffisante pour la période concernée. Cette distribution se fera selon un protocole et sera contrôlée à l'aide de tableaux fournis par l'organisateur du séjour.

Signature du médecin

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_