SCOP ARL
A capital Variable
4 Rue du Dessus
21400 Chemin d' Aisey
assoquetzal@orange.fr

FICHE SANTÉ CONFIDENTIELLE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

NOM : **PRÉNOM :**

Date de naissance :.....**Age** :..... **Poids :** .....

Adresse précise : .....

Code Postal : .....**Ville :** .....

Tél domicile : ..... **Tél portable :**.....

N° de Sécurité Sociale : **_/_ _/_ _/_ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _ /**

Adresse du Centre payeur : .....

Adhérez-vous à une mutuelle ? Si oui laquelle :
.....;....

ÉTABLISSEMENT FREQUENTE ET ADRESSE

Nom de l'établissement:.....

Adresse : .....**Code postal :**.....**Ville** :.....

Dates de fermeture de l'établissement : .....

Une permanence est-elle assurée : **OUI ( )** **NON ( )**

Si oui , jours et heures :.....

Nom de la personne référente :.....**Tel** :.....

IMPORTANT : qui prévenir en cas d'urgence ?

Famille ( ) **Famille d'accueil ( )** **Établissement ( )** **Responsable légal ( )**

Nom:.....**Tel :**.....

Adresse : .....**Code postal :**.....**Ville** : .....

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL : (à remplir et à signer obligatoirement)

JE SOUSSIGNE (E) :.....
AGISSANT EN QUALITÉ DE :.....AUTORISE
LE PARTICIPANT :.....A PRATIQUER LES ACTIVITÉS PROPOSÉES, Y COMPRIS CONTACTS AVEC LES ANIMAUX, BAIGNADE , SAUF CONTRE INDICATION DUMENT MENTIONNÉE DANS UN DES CADRES DE RENSEIGNEMENT IMPORTANT OU MEDICAUX .

JE DÉCLARE AUTORISER LE RESPONSABLE DU SÉJOUR A FAIRE PRATIQUER LES ACTES MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX JUGES INDISPENSABLES PAR LE MÉDECIN.

FAIT A : ..... LE :..... SIGNATURE

INFORMATIONS IMPORTANTES À COMMUNIQUER EN CAS DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN OU D'HOSPITALISATION :(allergies, pathologies, contre indications, etc)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENTS EN COURS :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOM ET COORDONNEES DU MÉDECIN TRAITANT :

IMPORTANT : FOURNIR CARTE VITALE ET ATTESTATION MUTUELLE. METTRE CETTE FICHE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE AVEC NOM PRÉNOM INTITULE DU SÉJOUR

Cette fiche santé confidentielle, sera mise sous pli dès réception de celle-ci à Quetzal.
!! Elle ne fait pas office de fiche santé pour les équipes de séjours, merci de renseigner toutes les infos concernant l'accompagnement de la personne sur la fiche santé du dossier autonomie !!
Cette fiche ne sera ouverte qu'en cas d'urgence ou de visite chez le médecin.