



DOSSIER INSCRIPTION 2024

FICHE MÉDICALE

CE DOSSIER D'INSCRIPTION EST DANS LE SEUL OBJECTIF DE PERCEVOIR LE VACANCIER DANS SA GLOBALITÉ, AFIN DE POUVOIR RÉPONDRE AU MIEUX À SES ATTENTES ET DE L'ORIENTER AU MIEUX AU GROUPE QUI LUI CORRESPONDE. MERCI DE NÉGLIGER AUCUN DÉTAIL QUI POURRAIT NOUS ÊTRE UTILE LORS DE SON SÉJOUR. LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS SONT PROTÉGÉS ET UTILISÉS

UNIQUEMENT EN INTERNE.



NOM ET PRÉNOM :

M. Mme

DATES DU SÉJOUR :

DU **AU**

DATES DE NAISSANCE :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

TAILLE ET POIDS :

POINTURE: (POUR LOCATION MATÉRIEL)

GROUPE SANGUIN:

**JOINDRE 1
PHOTO RÉCENTE**

SENSORIEL

DÉFICIENCE AUDITIVE: oui Non

Si oui, est-elle: légère moyenne complète Remarques:

Appareillé? Oui Non

Le gère seul? Oui Non

DÉFICIENCE VISUELLE: oui Non

Si oui, est-elle: légère moyenne complète Remarques:

Lunettes : oui Non

Appareillé (cane, etc...): oui Non

AUTRE DÉFICIENCE SENSORIELLE: oui Non

Si oui, précisez:

PROTHÈSE ET APPAREILLAGE MÉDICALE

Prothèse dentaire: oui Non

Si oui, le gère seul? oui Non

Remarques:

Fauteuil roulant: oui Non

En permanence? ou Occasionnellement?

Remarques:

Matériel Orthopédique? Oui Non

Si oui, le gère seul? oui Non

Remarques:



Est-il épileptique: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui est-il stabilisé?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de la dernière crise?	Remarques:
Est-il diabétique? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui a-t-il besoin d'injections?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, par infirmière? <input type="checkbox"/> Par lui-même? <input type="checkbox"/>	Remarques:
Est-il cardiaque? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, mesures spécifiques? (précisez)	Remarques:
Fait-il de l'asthme?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, a-t-il un traitement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le gère seul? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Remarques:
Souffre-t-il d'allergie? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si ou, précisez :	Remarques:

Contre-indication particulière? :

TRAITEMENT MÉDICAL:

Le bénéficiaire suit-il un traitement régulier? (si oui remplir le tableau ci-dessous) Oui Non
 Le gère seul? Oui Non
 Peut-il consommer de l'alcool? Oui Non

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher



Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles:

PROTOCOLE MÉDICAL EN CAS D'URGENCE OU "SI BESOIN":

Ce tableau est à renseigner si la personne accueillie nécessite des soins d'urgence dans des cas précis connus mais ne nécessitant pas un traitement médical régulier : crises, règles douloureuses, maux de transport etc...

Situations	Signes d'appels (ex: gonflement, plaques rouges, violence, etc...)	Éléments déclencheurs et fréquence	Conduite à tenir (médicament à administrer, position à privilégier, ...)
Si allergie, précisez:			
Si épilepsie			
Gestion du trouble du comportement, précisez:			
Si asthme			
Autres, précisez:			

Remettre à l'arrivée du vacancier l'ordonnance avec la mention "aide à la vie courante" et un pilulier nominatif et sous vide, dédié à ce traitement: "en cas d'urgence".

Les cas d'urgence mentionnés ci-dessus nécessitent-ils un appel d'urgence à une assistance médicalisée :

- pendant l'urgence et avant de lui administrer le traitement : oui non
- après la gestion de l'urgence : oui non

Si oui, un contact est-il à privilégier (SAMU, spécialiste, médecin traitant...) : oui non

si oui lequel :

A SIGNER OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN TRAITANT



Je soussigné, Docteur, certifie que l'état de santé de la personne cité ci-dessus n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité (ou individuel) dans un cadre non médicalisé

Certifié exact le à Signature et cachet:

J'ai pris connaissance et je conçois que les informations, y compris les informations « sensibles » recueillies, à partir de ce formulaire sont traitées par l'Association Solhame, en tant que Responsable de traitement, afin de mieux percevoir le vacancier dans sa globalité (traitement médical régulier, protocole médical en cas d'urgence, assistance médicalisée etc...), et de pouvoir répondre au mieux à ses attentes et de l'orienter vers un groupe qui lui correspond. Cette collecte est effectuée dans le respect de l'article 6.1.a du Règlement Général sur la Protection des Données, dit « RGPD », selon lequel la personne concernée par la collecte de ses données à caractère personnel consent à ce qu'un traitement soit réalisé par le Responsable de traitement pour les finalités décrites ci-dessus.

Case à cocher
Ces informations seront conservées le temps nécessaire au traitement de votre demande d'inscription, et seront ensuite supprimées.
Les données collectées sont à destination exclusive de l'Association Solhame, et des accompagnateurs concernés par le séjour en question.
Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant directement par courriel à l'adresse suivante : contact@solhame.fr, ou par voie postale : 25 Rue Saint Jean - 66800 SAILLAGOUSE
Vous pouvez également, à tout moment, introduire une réclamation auprès de la CNIL via son site internet : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> et/ou à l'adresse postale suivante : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.