

# DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICE POUR PERSONNES HANDICAPÉES

*(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)*

PERSONNE CONCERNÉE	
Nom : .....	
Prénom : .....	
Date de naissance : .....	
Adresse : ..... ..... .....	
<b>TAILLE</b>	<b>POIDS</b>

MÉDECIN TRAITANT
Nom : .....
Prénom : .....
Téléphone : .....
Adresse : ..... ..... .....
Courriel : .....

ORIGINE DU HANDICAP
..... ..... .....

TRAITEMENT(S) EN COURS
..... ..... ..... ..... .....
Soins cutanés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser : .....
Rééducation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser : .....

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	
	<b>ALD</b>
Allergie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Préciser : .....	

VACCINATIONS (VEUILLEZ RENSEIGNER LA DATE)	
Anti-tétanique – DTP	.....
Anti-pneumococcique	.....
Anti-grippal	.....
Autre	.....

RÉGIMES ALIMENTAIRES ET TEXTURES	
Régime :	<input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Hypocalorique <input type="checkbox"/> Hypercalorique
Textures (aliments et boisson)	..... ..... .....

