

PENDANT LE SÉJOUR :

- Piqures **OUI**.. **NON**..
- Insuline **OUI**.. **NON**..
- Pansements..... **OUI**.. **NON**..

AVEZ-VOUS BESOIN D'AIDE	NON	PARTIELLEMENT	COMPLETEMENT
Pour les déplacements			
Pour la toilette			

- Allergie alimentaire grave... **oui**.. **non** .. Laquelle.....
- Etes-vous appareillé la nuit (apnée du sommeil)..... **oui**.. **non** ..

DÉSIREZ VOUS NOUS COMMUNIQUER D'AUTRES ÉLÉMENTS VOUS CONCERNANT :.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom du médecin

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature