

NOM/PRENOM :
DATE :

DOSSIER COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT
CERTIFICAT MEDICAL ET CONFIDENTIEL A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER

ANTECEDENTS

Médicaux, psychiatriques,

Chirurgicaux

Allergies (médicaments ++)

Pathologie(s) déclarée(s) pour ALD

VACCINATIONS (date des derniers rappels)

anti-tétanique

anti-pneumococcique

anti-grippal

TAILLE/POIDS

ETAT ACTUEL (handicap)

Votre avis sur l'intérêt et la motivation de cette demande

Nécessité d'une chambre seule

Oui

Non

Si oui, préciser le motif :

.....
.....

Coordonnées du médecin traitant ou hospitalier, date & signature (cachet obligatoire)