



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)**