

LES SENIORS EN VACANCES AVEC LE CCAS

Séjour Juin 2026

Renseignements médicaux (à faire remplir par le médecin traitant)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

N° SS :

Groupe sanguin :

1/ Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....

2/ Pathologie actuelle :

.....
.....
.....

3/ Allergie :

.....
.....
.....

4/ Régime alimentaire :

.....
.....
.....

5/ Appareillage :

☐ appareil auditif

☐ lunettes

☐ appareil dentaire

☐ lentilles

Autres prothèses :

.....
.....

(Document à remettre sous pli cacheté)

Boulevard Villebois Marueil
BP 86219
35160 MONTFORT-SUR-MEU
Tél. 02 99 09 00 17
actionsociale@montfort-sur-meu.bzh
www.montfort-sur-meu.bzh