

**Certificat médical destiné à être joint à une demande de séjour  
auprès de l'Accueil Temporaire Césure - 2023**

**Veillez compléter le certificat médical suivant**

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, sous pli confidentiel, à l'attention du

Madame la Directrice  
Accueil Temporaire Césure  
50 petit chemin de Viars  
81600 Gaillac

Nota : A son arrivée, l'adulte doit être porteur de son carnet de santé qui peut être sous pli scellé à la disposition du médecin  
En cas de prise en charge à 100 % ou par un dispositif particulier, joignez les documents et l'ordonnancier correspondant

Nom de naissance ..... Nom d'épouse.....

Prénom.....

Adresse.....  
.....

N° d'immatriculation sécurité sociale .....

Nom de la mutuelle et N° Adhérent.....

**Personne à prévenir (responsable légal)**

Nom .....Titre.....

Téléphone .....

**Nature du handicap :**

.....  
.....

**Description clinique actuelle,**

Préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur

.....  
.....

**Vaccinations**

**Obligatoires**

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, **ou** DT polio, **Tétra coq**

**Date des rappels**

.....  
.....



2/ Conduite émotionnelle, relationnelle

.....

.....

3/ Mobilité

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :  non  oui (*précisez*)

Périmètre de marche

(L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles)

A – pas de difficulté B – difficulté modérée

C – difficulté grave ou absolue

4/ Retentissement sur la sécurité :

Gestion des situations à risque, capacité de discerner les dangers, mise en danger...

.....

.....

5/ Entretien personnel et Autonomie

- Faire sa toilette	oui	non
- S'habiller, se déshabiller	oui	non
- Manger et boire des aliments préparés	oui	non
- Couper ses aliments	oui	non
- Hygiène et continence	oui	non

6/ Vie quotidienne et vie domestique : travaux ménagers, course.

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique

C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

**En conclusion, je soussigné(e) .....**

**Certifie que M Mme..... ;**

**Né(e) le .....**

**est apte à la vie en collectivité et à séjourner à l'Accueil Temporaire Césure  
(Structure d'accueil non médicalisée)**

**A ..... le ..... Cachet (obligatoire)**

**Signature du médecin**