



# **SAVS** **L'ÉLAN**

## **Certificat médical**

---

*SAVS L'ÉLAN – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale*

14 rue Louis Bodélio 29600 PLOURIN-Lès-MORLAIX - 14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU  
Tél. : 02 98 30 21 50 - Savs.elan@donbosco.asso.fr

## CERTIFICAT MEDICAL

(Document médical – À mettre sous pli confidentiel)

À adresser au SAVS l'Elan : 14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU

### Personne concernée

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Origine du handicap

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Médecin traitant

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Pathologies associées

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies  Oui  Non

Régime alimentaire :  Oui  non

### Traitement(s) en cours

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Antécédents

---

### ▪ Médicaux

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### ▪ Chirurgicaux

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### ▪ Psychiatriques

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Médecins spécialistes

---

Spécialité	Nom / Prénom	coordonnées

## Troubles psycho-comportementaux

---

	Oui	Non
Opposition		
Agressivité		
Retrait		
Agitation		
Délires, hallucinations		
Errance, fugue		
Autres :		

## Conduites à risque

---

Alcool : \_\_\_\_\_  
Tabac : \_\_\_\_\_  
Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Vaccinations

---

Anti-tétanique - DTP	
Anti-pneumococcique	
Anti-grippal	
Autres	

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

## Commentaires et recommandations

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Date et signature du médecin  
+ cachet