



RÉSIDENCE L'ESPÉRIÈRE
DOSSIER MÉDICAL
(à adresser sous pli confidentiel)

Fait le par (nom du médecin traitant).....

PERSONNE CONCERNÉE

NOM Prénom.....

Age Poids..... Taille.....

Soins Spécifiques :

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

Allergies connues

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

Mise à jour des vaccins (notamment antitétanique et antipneumococcique)

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

DÉPARTEMENT DU VAR



MAIRIE DE
SAINT-MAXIMIN
LA-SAINTE-BAUME

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté - Égalité - Fraternité

Traitement actuel (ou joindre la dernière ordonnance)

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

Cachet du Médecin

Résidence l'Espériere
135 Quartier des Anges
83470 Saint-Maximin-la-Sainte-Baume
Tél : 04 94 78 13 94
Email : esperiere@st-maximin.fr