

VOYAGE DE RÊVES

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'APTITUDE À VOYAGER

A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN (En lettre moulées)

Renseignements sur l'enfant

Nom de Famille de l'enfant: _____ Prénom de l'enfant: _____

Âge lors du vol (5 novembre 2026): _____ Taille: _____ cm/po. Poids: _____ kg/lvs

Information médicale

1. Handicap(s)/diagnostic

2. Symptômes actuels et restrictions pour les activités

3. Hospitalisation (s'il y a lieu): Oui Non

date de la dernière hospitalisation : _____

Diagnostic: _____

4. Considérations relatives à la pression en cabine

Une réduction de 25 % à 30 % de la pression partielle ambiante de l'oxygène nuira-t-elle à l'état de santé de l'enfant? (La pression de la cabine peut équivaloir à celle d'une montée rapide à une altitude de 2 400 m (8 000 pi) au-dessus du niveau de la mer.)

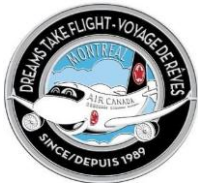
Oui Non

5. Tolérance à l'activité

L'enfant peut-il supporter **une longue journée d'activités à Disney World?** Oui Non

Dans la négative, précisez :

6. Allergies



VOYAGE DE RÊVES

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'APTITUDE À VOYAGER

A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN (En lettre moulées)

7. Médicaments (énumérez-les en indiquant leurs noms et la posologie de chacun)

L'enfant peut-il prendre ses médicaments lui-même? Oui Non

Dans la négative, précisez :

8. Particularités (ex. : alimentation, cathétérisme, incontinence, aides à la mobilité, mal des transports):

9. Veuillez préciser :

a. **Anémie?** Oui Non (Dans l'affirmative, indiquez le taux d'hémoglobine.): _____

b. **Insuffisance cardiaque?** Oui Non

c. **Essoufflement?** Aucun Au repos À l'effort

S'il y a essoufflement à l'effort, précisez : _____

d. **Supplément d'oxygène nécessaire en vol?** Oui Non

e. **L'enfant aura-t-il besoin de soins médicaux au cours de cette excursion?** Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

10. Couches/Pull-ups

L'enfant aura-t-il besoin de porter des couches/pull-ups durant la journée? Oui Non

11. Mobilité

L'enfant est-il ambulateur et capable d'embarquer dans l'avion ou de se déplacer dans l'allée avec assistance ?

Oui Non

Si l'enfant n'est pas déjà dans un fauteuil roulant est ce que, est-il nécessaire d'en prévoir un pour le voyage?

Oui Non

Si la réponse est non, l'enfant peut-il attendre debout pour **30 minutes** ? Oui Non



VOYAGE DE RÊVES

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'APTITUDE À VOYAGER

A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN (En lettre moulées)

12. Particularités au niveau de l'état psychiatrique/du comportement

TDA: Oui Non Avec hyperactivité: Oui Non Autisme: Oui Non **Degré:** _____

Si d'autres particularités existent au niveau de l'état psychiatrique ou du comportement, veuillez préciser :

13. Participation de groupe

Est-ce que l'enfant peut **participer et coopérer dans un petit groupe** (maximum 8 enfants) durant une journée très occupée? Oui Non

If no, why?

14. Troubles neurologiques

Crises: Oui Non

Si l'enfant est sujet à des crises, indiquez la fréquence, les caractéristiques, la façon de les maîtriser et de les arrêter ainsi que la date de la dernière crise :

TED: Oui Non

Si d'autres troubles neurologiques existent, veuillez préciser :

15. Renseignements supplémentaires

Renseignements supplémentaires pouvant nous être utiles à déterminer son aptitude à voyager :

Informations destinées aux médecins

Nom du médecin traitant : _____ Numéro de licence : _____

Tél : _____

Signature du médecin : _____ Date: _____

Médecin de Voyage de rêves

Approuvé Refusé Reporté en attendant plus d'informations