



# FICHE SANITAIRE ADULTE

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

## ◆ ALLERGIES :

ASTHME                            oui           non

MÉDICAMENTEUSES        oui           non

Précisez :

ALIMENTAIRES                oui           non

Précisez :

AUTRES                            oui           non

Précisez :

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

## ◆ PATHOLOGIE :

↳ Symptômes : .....

↳ Conduite à tenir : .....

NOM de la (ou des) personnes pouvant être jointe(e) en cas de nécessité : .....

ADRESSE .....

TÉL. Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

Eventuellement les NOM ET TÉL. du Médecin traitant :

*Je soussigné(e),..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le(la) responsable de la section sportive à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par mon état.*

Date :  
Signature :