



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 :

Association Sportive et Culturelle de Mézières en Drouais

30, Grande Rue – 28500 Mézières en Drouais

Tél : 02.37.43.74.52

E-mail : ascmezieres@wanadoo.fr Site Internet : <https://www.ascmezieres.fr>

Agréée par le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative pour le Volontariat Associatif, la Jeunesse et l'Éducation Populaire et le Sport

Agréée par l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances au titre du Service Civique