



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 :