FICHE SANITAIRE
POUR LES ACTIVITES LOISIRS
(HORS SEJOURS)

NOM :…… **Prénom** :……

Date de naissance :……/……../……

Adresse :……
……

RESPONSABLE DE L'ELEVE (pour les mineur-e-s)

N° Sécurité Sociale :……

Responsable légal-e (père, mère ou autre) :……

Tél. domicile :…… Prof. :……Port. :……

INDICATIONS MEDICALES

Vaccination tétanos : date vaccin :…….. Date rappel :……

Allergie (s) oui* non*

Si oui commentaire :……

Asthme oui* non*

Diabète oui* non*

Epilepsie oui* non*

(*) Entourer la réponse

Autre(s) pathologie(s) :……

Antécédents médicaux : (intervention(s) chirurgicale(s), accident(s), fracture(s), trauma, lésion(s) musculaire(s)……
……..

Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse, etc…)
……..
……..