



FICHE SANITAIRE

Il est important de nous signaler tout antécédent médical qui pourrait vous mettre en difficulté pour l'activité pratiquée afin que nos intervenants puissent vous encadrer en toute sécurité.

NOM Prénom

Date de naissance :/...../.....

Veuillez nous indiquer ci-dessous tout renseignement médical vous concernant (diabète, opération, asthme, maladie chronique...) :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM Prénom

Tél domicile : Tél portable :

Fait à le/...../..... Signature :