# FICHE SANITAIRE

Il est important de nous signaler tout antécédent médical vous concernant 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 :