



FICHE SANITAIRE PASS.SPORT.SANTE

Nom _____ Prénom _____

N° sécurité sociale : _____

Avez-vous des **antécédents médicaux** ? oui non

Suivez-vous un **traitement médical** ? oui non

Si oui merci de préciser:.....
.....
.....

ALLERGIE : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
 Alimentaire Oui Non Autres

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

Médecin traitant _____ Tél. _____
Adresse _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom _____ Prénom _____ Tél _____



FICHE SANITAIRE PASS.SPORT.SANTE

Nom _____ Prénom _____

N° sécurité sociale : _____

Avez-vous des **antécédents médicaux** ? oui non

Suivez-vous un **traitement médical** ? oui non

Si oui merci de préciser :.....
.....
.....

ALLERGIE : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
 Alimentaire Oui Non Autres

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

Médecin traitant _____ Tél. _____
Adresse _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom _____ Prénom _____ Tél _____