

FICHE SANITAIRE PASS'SPORT.SANTÉ

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 Médicamenteuse 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.SANTÉ

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 Médicamenteuse 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 :