

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

Médicamenteuses : Oui Non

Alimentaire : Oui Non

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à 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

Médicamenteuses : Oui Non

Alimentaire : Oui Non

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Médecin traitant : **Tél. :**

Adresse :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Tél :