**FICHE SANITAIRE**

1. IDENTITE

NOM......................................................................PRENOM.....................................................................

ADRESSE .................................................................................................................................................

DATE DE NAISSANCE ...................................................

1. ALLERGIES

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

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

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?.....................................................................................................................................

TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER ?.....................................................................................................................................

1. PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’URGENCE

NOM .............................................. PRENOM ..........................................

CODE POSTAL : ……………………………..VILLE : ………………………………………………………...

N° TEL DOMICILE ............................................................. N° TEL PORTABLE.......................…..................

ADRESSE .................................................................................................................................................................



 **FICHE SANITAIRE**

1. IDENTITE

NOM......................................................................PRENOM.....................................................................

ADRESSE .................................................................................................................................................

DATE DE NAISSANCE ...................................................

1. ALLERGIES

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

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

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?.....................................................................................................................................

TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER ?.....................................................................................................................................

1. PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’URGENCE

NOM .............................................. PRENOM ..........................................
CODE POSTAL : ……………………………..VILLE : ………………………………………………………...

N° TEL DOMICILE ............................................................. N° TEL PORTABLE.......................…..................

ADRESSE .................................................................................................................................................................