

Fiche de santé

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Activités sportives principales : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Téléphone: _____

Nom et prénom du père : _____

Téléphone: _____

Numéro de carte d'assurance maladie : _____

Autre personne à rejoindre en cas d'urgence : _____

Téléphone : _____ Lien : _____

1. Asthme ? oui non

Est-ce bien contrôlé ? _____

Pompes ou autre médication? _____

2. Allergies connues? oui non

À quoi ? _____

Épipen? _____

3. Autres problèmes de santé? oui non

S.V.P. précisez. _____

4. Blessure récente ou pertinente à savoir ? oui non

S.V.P. précisez. _____

REMARQUES : _____

Signature du parent/tuteur

Date

