

# 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

