

Fiche sanitaire Abbaye de Marcilhac

Sexe	Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
------	----------------------------------	-----------------------------------

Nom	Prénom
Adresse	
Code postal	Ville
Numéro carte vitale	

Vaccin	Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole			
Coqueluche			
Autres (précisez)			

Renseignements médicaux		
Poids :	Taille :	
	Oui	Non
Suivez-vous un traitement ?		
Portez-vous une prothèse ?		
Si oui, précisez :		
Avez-vous des allergies médicamenteuses ?		
Si oui, précisez lesquelles :		
Avez-vous des allergies alimentaires ?		
Si oui, précisez lesquelles :		
Avez-vous de l'asthme ?		
Autres		
Précisions sur des difficultés de santé, handicap, précautions à prendre, conduite à tenir, recommandations utiles :		

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et prénom de la mère : _____

Téléphone :

Nom et prénom du père : _____

Téléphone :

Je soussigné(e) _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'association à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé.

Date et Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Pour les mineurs, signature des parents

OBLIGATOIRE.

--