



FICHE SANITAIRE SÉJOUR ADULTE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ALLERGIES : (entourer la réponse)

Asthme : OUI NON (Rayer la mention inutile)

Médicamenteuses : OUI NON

Si oui, type de médicaments :

Alimentaire : OUI NON

Autres :

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

Traitement médical : Indiquez la liste des médicaments (joindre une copie de vos ordonnances)

Autre pathologie à signaler :

PERSONNES À PREVENIR

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Tél domicile :

Tél domicile :

Tél travail :

Tél travail :

Courriel :

Courriel :

Nom et tél du médecin traitant :

Je soussigné (e)-----, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Joindre SVP, copies de votre licence, carte d'identité et CPAM.

Ces trois documents resteront dans votre sacoche vélo, dans une enveloppe ouverte par les secours si nécessaire.

Date :

Signature :