



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 doivent être également dans votre sacoche vélo.

Date :

Signature :