



## FICHE SANITAIRE (2020-2021)

NOM ET PRENOM DE L'ADHERENT : .....

### INDICATIONS MEDICALES :

Vaccination tétanos- DT Polio: date vaccin :.....

date rappel :.....

asthme       diabète       épilepsie

autres pathologies : :.....

Antécédents médicaux : intervention(s) chirurgicale(s), fracture(s), lésion(s) musculaire(s) :

Recommandation(s) utile(s) : (port de lunette, lentilles, appareils acoustique, appareils dentaires, prothèse, etc...)

Troubles du comportement, troubles du langage :

Allergies médicamenteuses ou autres :

J'autorise l'animateur de l'association à prendre les mesures d'urgence nécessaires en cas d'accident.

Je note qu'aucun traitement médical ne sera administré par les membres de l'encadrement.

Médecin traitant de l'enfant :

Nom, prénom : .....

Téléphone : ...../...../...../.....

Date et signature des parents :