



# USC Handball



Union Sportive Crauroise Handball

## *FICHE SANITAIRE DE LIATSON 2020/2021*

NOM : ..... PRENOM : .....

AGE : ..... TAILLE : ..... POIDS : ..... GROUPE SANGUIN : .....

### **VACCINATIONS (UTILISER LE CARNET DE SANTE)**

LE LICENCIE EST-IL A JOUR DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

DT POLIO  OUI  NON  
BCG  OUI  NON

DATE DE LA DERNIERE INJECTION ANTI-TETANIQUE : .....

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

LE LICENCIE SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE :  OUI  NON

SI OUI, LEQUEL : .....

A-T-IL DES ALLERGIES ?

RESPIRATOIRES :  OUI  NON  
ALIMENTAIRES :  OUI  NON  
CUTANÉES :  OUI  NON  
MÉDICAMENTEUSES :  OUI  NON

PRÉCISEZ (LISTE DES ALIMENTS OU MÉDICAMENTS INTERDITS) : .....

LE LICENCIE SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  OUI  NON

SI OUI, LEQUEL : .....

AUTRES PROBLÈMES ÉVENTUELS : .....

### **TELEPHONE**

NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

..... TEL. : .....

NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

..... TEL. : .....