



FICHE SANITAIRE DE LIANSON

NOM :	PRENOM :		
AGE :	TAILLE :	POIDS :	GROUPE SANGUIN :

VACCINATIONS (UTILISER LE CARNET DE SANTE)

LE LICENCIE EST-IL A JOUR DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

DT POLIO	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
BCG	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ALIMENTAIRES :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
CUTANÉES :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
MÉDICAMENTEUSES :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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. :