



FICHE SANITAIRE 2018

Nom de l'enfant :

Age :

Nom du Père :

Numéro de téléphone :

Nom de la Mère :

Numéro de Téléphone :

Nom du Médecin Traitant :

Numéro du Médecin Traitant :

Hospitalisation Hôpital : oui non barrer la mention inutile

Hospitalisation Polyclinique : oui non barrer la mention inutile

Vaccins : Joindre la copie

Allergies Alimentaires :

Allergies Médicamenteuses :

Personnes à contacter en cas d'urgence si les représentants légaux ne répondent pas :

-
-
-

Je soussigné(e), _____ autorise les personnes qui encadrent au sein du Comité Départemental 11 de Tir à l'arc à pratiquer les soins d'urgences, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir la présidente de toutes modifications des renseignements.

Fait à _____ , le _____

Signature :