

Fiche sanitaire et de renseignement



Cette fiche est importante ! Il est indispensable qu'elle soit complétée soigneusement et intégralement.

Nom et prénom de l'adhérent :

Personne(s) à contacter en cas de problème (Nom-Prénom, n° de téléphone Portable) :

•

Rayez la mention inutile :

- | | | | |
|--|-----|-----|------------|
| • Traitement médical | OUI | NON | |
| • Régime alimentaire | OUI | NON | Précisez : |
| • Allergie alimentaire | OUI | NON | Laquelle : |
| • Allergie médicamenteuse | OUI | NON | Laquelle |
| • Autres allergies | OUI | NON | Précisez : |
| • Epilepsie | OUI | NON | |
| • Asthme | OUI | NON | |
| • Contraception | OUI | NON | |
| • Intervention chirurgicale récente, difficulté motrice... | OUI | NON | Précisez : |
| • Souci d'énurésie | OUI | NON | |
| • A besoin d'être stimulé pour la toilette | OUI | NON | |
| • Gère seul son argent de poche | OUI | NON | |
| • Obsessions, manies, angoisses | OUI | NON | Précisez : |
| • S'occupe seul de son linge | OUI | NON | |
| • Est autorisé à sortir seul | OUI | NON | |
| • Sait nager | OUI | NON | |

Conseil en cas d'angoisse, d'agressivité ou autre information que vous jugez utile de nous communiquer :

Date et signature :