



## Fiche sanitaire et de renseignement

Saison 2019-2020

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 :