

Fiche Sanitaire de Liaison ADULTE

1- PERSONNE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TEL :

E-mail :

Date de Naissance :

Profession :

Employeur :

Niveau et jour de cours souhaité :

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ALLERGIES :

ASTHME * : oui non

MEDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES : oui non

AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

*** Dans ce cas, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance correspondant aux médicaments préconisés.**

Indiquez ci-après :

3- PERSONNES A PREVENIR

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Ville :

Ville :

..... Tél domicile :

..... Tél domicile :

..... Tél travail :

..... Tél travail :

..... Portable :

..... Portable :

E-mail :

NOM et Tél du médecin traitant :

Je soussigné,, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :