

# 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 :