

## FICHE SANITAIRE

### ETAT CIVIL

Nom:

Prénom:

Adresse:

Date de  
naissance:

Lieu de  
naissance

### CONTACT

Téléphone Fixe – Portable:

### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom/Prénom:

Lien de parenté

Téléphone

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et téléphone du Médecin traitant

N° Sécurité Sociale

Allergies connues:

Traitement en cours

Interventions chirurgicales récentes:

Fait à:

le:

Signature