

FICHE SANITAIRE

Nom et Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M / F

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénoms :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Relation avec le participant :

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires : Tdap / DT POLIO oui non

ROR : oui non

Vaccins recommandés :

Fièvre jaune oui non

Hépatite A oui non

Hépatite B : oui non

Typhoïde : oui non

Méningite : oui non

Varicelle : oui non

Allergies :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....

.....

Asthme : oui non

Crise convulsive : oui non

Hospitalisation au cours de 3 derniers mois : oui non

Indiquez ci-après les difficultés récentes de santé (maladies chroniques, handicap, anxiété, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....

Recommandations utiles

.....
.....
.....
.....
.....

Port de lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc....

.....

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Clinique :

Téléphone :