

Fiche de renseignements sanitaires

concernant:

Prénom NOM	
né(e) le	
n° de Sécurité Sociale	
adresse	
téléphone fixe téléphone portable	

Vaccinations :

Etes-vous à jour de vos vaccinations

(diphtérie, tétanos, poliomyélite ou DT polio ou tétracoq, BCG) ?

oui

non

Traitement médical en cours :

Suivez-vous un traitement médical?

Si oui, préciser :

non

oui

Allergies :

Etes-vous allergique, (asthme, allergies alimentaires, médicamenteuses....) ?

Si oui, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

non

oui

Port de lunettes ou d'appareils :

Recommandations

non

oui

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date
et signature

--