



Club Labellisé
Ecole de Natation FFN

FICHE SANITAIRE POUR TOUT LICENCIÉ PRATIQUANT

A remplir très lisiblement SVP

Cette fiche est destinée à permettre au médecin de connaître les antécédents, les problèmes particuliers, les contre-indications éventuelles à un traitement. Cette fiche est soumise au secret médical et doit être placée dans une enveloppe fermée, conservée par le responsable du déplacement et remise en cas de nécessité au médecin consulté.

Mme, Mlle,

Adresse:

📞 Portable

Mr,

Adresse:

📞 Portable

Pour les Mineurs, Représentants Légaux de :

_____ Né(e) le _____

N° Sécurité sociale du parent couvrant l'enfant _____

Mutuelle + N° Adhérent _____

Information(s) à connaître

Indiquez ici les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre (maladies, accidents, crises, hospitalisation, opérations, rééducations)

Asthme, allergies, automédication, autres (précisez) :

Port de lentilles, lunettes, prothèses dentaires, auditives, autres (précisez) :

Je soussigné(e) autorise les services encadrant l'activité sportive à pratiquer les soins d'urgence; certifie d'autre part l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à prévenir le club de toute modification liée à cette fiche sanitaire (changement d'adresse, problème de santé, téléphones utiles).

Autres personnes à prévenir si urgence

Noms

📞 Téléphone



Signature(s)

Fait à, le