



# FICHE SANITAIRE POUR TOUT LICENCIE 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

Club Labellisé  
Ecole de Natation

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 \_\_\_\_\_