FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026-2027

NOM : ..... PRENOM : .....

AGE : ..... TAILLE : ..... POIDS : ..... GROUPE SANGUIN : .....

☐ GAUCHER ☐ DROITIER

VACCINATIONS (UTILISER LE CARNET DE SANTE)

LE LICENCIE EST-IL A JOUR DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

DT POLIO □ OUI □ NON

BCG □ OUI □ NON

DATE DE LA DERNIERE INJECTION ANTI-TETANIQUE : .....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

LE LICENCIE SUIT-IL UN REGIME ALIMENTAIRE : □ OUI □ NON

SI OUI, LEQUEL : .....

A-T-IL DES ALLERGIES ?

RESPIRATOIRES : □ OUI □ NON

ALIMENTAIRES : □ OUI □ NON

CUTANEES : □ OUI □ NON

MEDICAMENTEUSES : □ OUI □ NON

PRECISEZ (LISTE DES ALIMENTS OU MEDICAMENTS INTERDITS) : .....

.....

.....

LE LICENCIE SUIT-IL UN TRAITEMENT ? □ OUI □ NON

SI OUI, LEQUEL : .....

AUTRES PROBLEMES EVENTUELS : .....

TELEPHONE

NOM ET NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

..... TEL. : .....

NOM ET NUMERO DE TELEPHONE DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

:..... TEL. : .....