

Fiche sanitaire Elève Majeur

Adhérent

Nom.....Prénom.....
Date de naissance.....
Adresse.....
.....

Personnes à contacter en cas de problème

Nom.....Prénom.....
Lien avec l'adhérent :.....
Adresse.....
.....
☎ : Domicile.....☎ : Portable.....
☎ : Travail.....

Nom.....Prénom.....
Lien avec l'adhérent :.....
Adresse.....
.....
☎ : Domicile.....☎ : Portable.....
☎ : Travail.....

Nom.....Prénom.....
Lien avec l'adhérent :.....
Adresse.....
.....
☎ : Domicile.....☎ : Portable.....
☎ : Travail.....


Souffrez-vous d'une des affections suivantes :

- Asthme
Diabète
Epilepsie
Problème cardiaque à préciser.....
Allergies à préciser

.....
.....
Autre (à préciser) :

Suivez-vous un traitement médical : OUI NON
si OUI, joindre une photocopie récente de l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué à votre nom.
Aucun médicament ne pourra être pris pendant les cours sans ordonnance.

Médecin traitant :

Nom.....Prénom.....
Adresse.....
 :

Portez-vous : des lunettes des lentilles des prothèses auditives
des prothèses dentaires Autre (à préciser).....

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e).
né(e) le.....à.....

autorise Le Club de Danse de CHATTE, représenté par sa présidente Mme Hélène MIETON, à me faire hospitaliser en cas d'accident ou de problème majeur.

J'autorise les médecins à pratiquer anesthésie, intervention chirurgicale et tout ce qui sera nécessaire à ma préservation.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Fait à Le.....

Signature