



USC Handball



Union Sportive Crauroise Handball

FICHE SANITAIRE DE LIATSON 2019/2020

NOM : PRENOM :

AGE : TAILLE : POIDS : GROUPE SANGUIN :

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 SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE : OUI NON

SI OUI, LEQUEL :

A-T-IL DES ALLERGIES ?

RESPIRATOIRES : OUI NON
ALIMENTAIRES : OUI NON
CUTANÉES : OUI NON
MÉDICAMENTEUSES : OUI NON

PRÉCISEZ (LISTE DES ALIMENTS OU MÉDICAMENTS INTERDITS) :

.....

LE LICENCIE SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

SI OUI, LEQUEL :

AUTRES PROBLÈMES ÉVENTUELS :

TELEPHONE

NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

..... TEL :

NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

..... TEL :