



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

NOM : PRENOM :

AGE : TAILLE : POIDS : GROUPE SANGUIN :

GAUCHER

DROITIER

POSTE DE JEU :

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-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE : OUI NON

SI OUI, LEQUEL :

A-T-IL DES ALLERGIES ?

RESPIRATOIRES : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

CUTANEEES : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON

PRECISEZ (LISTE DES ALIMENTS OU MEDICAMENTS INTERDITS) :

.....

LE LICENCIE SUIV-T-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. :