

FICHE SANITAIRE

Etat civil de la gymnaste :

Nom :

prénom :

date de naissance :

Renseignements médicaux concernant la gymnaste

Les vaccins sont-ils à jour ? Oui Non

Y a-t-il un traitement médical à suivre pendant le séjour ?

Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente (moins de deux mois) et les médicaments correspondants

(Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de la gymnaste avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

ALLERGIES

Asthme : oui non

Alimentaires : oui non

Médicamenteuse : oui non

Autres : Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) Précisez les dates et les précautions à prendre

à : le : ____ / ____ / 2024

Signature