

FICHE SANTE

1 - INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Avez-vous un traitement médical pendant le week-end ? Oui ☐ Non ☐

Êtes-vous atteint de :

TROUBLE CARDIAQUE Oui ☐ Non ☐

ASTHME Oui ☐ Non ☐

DIABETE Oui ☐ Non ☐

EPILEPSIE Oui ☐ Non ☐

ALLERGIES

MEDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐

AUTRE : _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

ANTECEDENTS

Avez-vous déjà subi une hospitalisation ? Oui ☐ Non ☐

Si oui précisez laquelle : _____

3 - PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom _____

Nom _____

Prénom _____

Prénom _____

Téléphone _____

Téléphone _____

Autorisation Parentale

Obligatoire pour les mineurs (personnes nées après le 06/09/2001 inclus)

Je soussigné(e) M./Mme. :

Agissant en qualité de : Père / Mère / Autre (à préciser) :

Domicilié au

Téléphone :

Adresse email :

Autorise mon enfant : à participer au week-end d'intégration de l'UTT ayant lieu du 6 au 8 septembre 2019.

J'autorise tout médecin responsable, le cas échéant, à pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Signature :