

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRE



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ Pointure de chaussure : \_\_\_\_\_ Sexe : f / M

Date du dernier vaccin antitétanique (ou DT Polio) : \_\_\_\_\_

Les autres vaccins sont-ils à jour ? : Oui / Non

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (allergies, asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation importante, chirurgie, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

---

---

---

Date du certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'escalade et du canyoning :

\_\_ / \_\_ / 20\_\_

Port de lunettes : OUI NON / de lentilles : OUI NON / d'appareil auditif ou dentaire : OUI NON  
(préciser : .....)

As-tu un traitement médicamenteux à prendre journalièrement ? : OUI NON

Si OUI, ajouter à cette fiche la liste de médicaments à prendre quotidiennement.

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ tel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

« En cas d'urgence, le jeune accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'association s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides ».

Nom, qualité (parents, tante, amie) et téléphone d'une ou deux personne(s) susceptible(s) d'être prévenu rapidement :

1) \_\_\_\_\_ tel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

2) \_\_\_\_\_ tel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Numéro de Sécurité Social : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

