



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ALLERGIES ET/OU TRAITEMENTS



NOM :

PRENOM :

AGE : __ ANS

COORDONNEES POSTALES :

TELEPHONE :

ALLERGIES (ALIMENTAIRES OU AUTRES)

TRAITEMENTS

CE DOCUMENT DOIT ETRE JOINT AU QUESTIONNAIRE SANTE OU CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE, SOUS ENVELOPPE CACHETEE.

JE SOUSSIGNE(E) :

RESPONSABLE LEGAL(E) DE L'ENFANT :

ATTESTE ET CONFIRME L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS INDIQUES DANS CE QUESTIONNAIRE.

Fait le :

A :

Signature :