

# Fiche sanitaire adulte

## ETAT CIVIL

Nom	Prénom
Adresse	
Date de naissance	Lieu de naissance

## CONTACT

Téléphones portable et fixe
-----------------------------

## PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom/Nom	Lien de parenté	Téléphone

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant
Téléphone du médecin traitant
N° sécurité sociale
Allergies connues
Traitement en cours
Interventions chirurgicales récentes / hospitalisation récente

## AUTORISATION

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, adhérent(e) de l'association Danserien Bro Klegereg, autorise les responsables à prendre les mesures médicales nécessaires en cas d'urgence, ainsi qu'à faire pratiquer une intervention chirurgicale selon avis médical.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature