



FICHE SANITAIRE POUR L'ACTIVITE CIRQUE

ETAT CIVIL (du participant)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse Courriel :@

En cas d'urgence Téléphone Portable :

RESPONSABLE DE L'ENFANT (pour les mineurs)

N° Sécurité sociale :

Responsable légal (père , mère , tuteur ...) :

Téléphone du domicile :

INDICATIONS MEDICALES

Médecin traitant :

Hôpital référent :

Vaccination tétanos oui non

Asthme oui non

Diabète oui non

Epilepsie oui non

Allergies oui non

Si oui ,commentaires :

Autres pathologies :

Antécédents médicaux : (interventions chirurgicales, accidents, fractures, traumatisme, lésions musculaires,...)

.....

Recommandations utiles : (port de lunettes, lentilles, appareils acoustiques, dentaires, prothèses...)

.....

Toutes informations utiles :

.....

(Informations confidentielles réservées à l'école de cirque)