

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 Håpy Harmonie 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