ENTENTE ATHLETIQUE SAINT-CHAMOND
Téléphone : 04 77 22 67 36
Portable : 06 02 38 40 71

Fiche sanitaire

NOM		**PRENOM**	
Sexe	❒ F ❒ M	**Date de naissance**	⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊
Numéros de téléphone d'urgence :		Lien avec la personne :	
N°1 : ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_			
N°2 : ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_			
N°3 : ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_			
Allergies	❒ Oui ❒ Non	Automédication	❒ Oui ❒ Non
Si oui, précisez		Si oui, précisez	
Asthme	❒ Oui ❒ Non		

Autres informations que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'entraîneur :

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame ……

❒ Autorise L'EASC à faire appel à des services de premiers soins de leur choix et autorise l'hospitalisation en cas de nécessité médicale.

Date et signature du licencié (ou du titulaire de l'autorité parentale si le licencié est mineur) :

Saison 20 … - 20 …	Saison 20 … - 20 …	Saison 20 … - 20 …	Saison 20 … - 20 …
A ……	A ……	A ……	A ……
Le ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊	Le ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊	Le ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊	Le ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊
Signature :	Signature :	Signature :	Signature :