



Fiche Sanitaire

1 - IDENTITÉ DU GYMNASTE

NOM : Prénom : Né(e) le : / /

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES AU BON DEROULEMENT DE LA SAISON GYMNIQUE
, ELLE SERA DÉTRUITE A LA FIN DE LA SAISON.

⚠ TOUTE INFORMATION RELATIVE A VOTRE SANTE, DOIT ETRE SIGNALEE AU CLUB.

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Suivez-vous un **traitement médical** (hors maladies infectieuses ou bactériennes) pendant la saison ?
Oui Non

Possédez-vous un **P.A.I** (si oui, merci de préciser) ?
Oui Non
(précisez) :

Si **Oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

PRESENTEZ-VOUS LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES : Oui Non

ASTHME : Oui Non

Autre(s) Allergie(s) (précisez) :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

3 - RECOMMANDATIONS UTILES :

PORTEZ-VOUS DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES ? Précisez :

4 - COORDONNEES PERSONNELLES :

NOM et Prénom responsable 1

Téléphone portable : Téléphone Fixe ou Bureau :

NOM et Prénom responsable 2

Téléphone portable : Téléphone Fixe ou Bureau :

Je soussigné(e), M., adhérent, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable technique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour mon état de santé.

5 - AUTORISATION - HOSPITALISATION

Je soussigné(e), M. agissant en qualité d'adhérent déclare donner plein pouvoir à l'Association de Gymnastique LE RALLIEMENT représentée par son Président ou l'un des membres Directeur, pour prendre toutes dispositions nécessaires dans le cas où je serai malade ou accidenté(e) pendant mon entraînement ou en compétition.

Fait le / / 2026.

Signature :

