

Fiche sanitaire pour joueur adulte

Nom du joueur

prénom

 portable

 domicile

médecin traitant

 médecin

Date de naissance .

Sexe : Masculin Féminin

n° de sécurité sociale

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adresse du centre payeur

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Merci de nous communiquer le moindre problème de votre enfant. Ceci restera strictement confidentiel et à la seule connaissance des éducateurs accompagnateurs. Ces renseignements nous sont nécessaires en cas de difficultés. Merci de votre compréhension.

Le bureau

Allergies, traitements, opérations, problèmes particuliers .

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>