Information sur l'état de santé
Adulte

Identification

Nom : _____

Prénom : _____ Âge : _____ Sexe : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____

En cas d'urgence : Personne à contacter : _____

Numéro(s) de téléphone : _____

_____

État de santé

- **Veuillez identifier les maladies ou problèmes de santé dont vous souffrez. Que ce soit une maladie cardiaque, un problème respiratoire, une maladie nerveuse, un problème de motricité, un problème articulaire ou musculaire, S.V.P. mentionnez-les.**

_____

_____

_____

_____

- **Avez-vous des allergies (médicament, nourriture, piqûre d'insecte, etc.)?**

_____

_____

- **Autres problèmes (intervention chirurgicale, blessure sportive, etc.) qui pourraient influencer la pratique d'activités (sportives ou autres)?**

_____

_____

- **Est-ce que vous prenez régulièrement des médicaments ? (Oui/Non) _____**
  Si oui, lesquels _____

_____ _____

Signature Date