



NOM
PRÉNOM

NÉ (E) LE : __/__/____

ÂGE : __

ADRESSE

CONTACTEZ-MOI :

Mobile : __/__/__/__
ou __/__/__/__

Courriel :

**PERSONNE À PRÉVENIR
EN CAS D'URGENCE**

CONTACT : -----

INDICATIONS MÉDICALES

Vaccination Tétanos - date du vaccin : __/__/__
Date rappel : __/__/__

Asthme : OUI NON

Allergie : OUI NON

Précisez :

Epilepsie : OUI NON

Diabète : OUI NON

Autre(s) pathologie(s) :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Intervention chirurgicale : OUI NON

Précisez :

Fracture : OUI NON

Précisez :

Lésion Musculaire : OUI NON

Précisez :

Accident : OUI NON

Précisez :

Trauma : OUI NON

Autre(s) :

RECOMMANDATIONS UTILES

Port de lunettes, appareils dentaire, prothèse,
appareil auditif, autres...

Précisez _____ :

DÉCHARGE

Je soussigné(e) _____
Déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise La Chaîne des Cirques à prendre
toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Date : __/__/__

Signature :

