



**FICHE SANITAIRE POUR L'ACTIVITE CIRQUE**

**ETAT CIVIL (du participant)**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse Courriel : @

En cas d'urgence Téléphone Portable : .....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT (pour les mineurs)**

N° Sécurité sociale : .....

Responsable légal ( père , mère , tuteur ... ) : .....

Téléphone du domicile : .....

**INDICATIONS MEDICALES**

Médecin traitant : .....

Hôpital référent : .....

|                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| Vaccination tétanos | oui | non |
| Asthme              | oui | non |
| Diabète             | oui | non |
| Epilepsie           | oui | non |
| Allergies           | oui | non |

Si oui ,commentaires : .....

Autres pathologies : .....

Antécédents médicaux : (interventions chirurgicales, accidents, fractures, traumatisme, lésions musculaires,...)

.....

Recommandations utiles : (port de lunettes, lentilles, appareils acoustiques, dentaires, prothèses...)

.....

Toutes informations utiles : .....

.....

*(Informations confidentielles réservées à l'école de cirque)*