

ADHÉRENT	
NOM	Prénom
Né(e) le	à

VACCINATION
Déclare être à jour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas

ALLERGIES		
Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Alimentaires <input type="checkbox"/> oui (à)..... <input type="checkbox"/> non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> oui (à)..... <input type="checkbox"/> non

DIVERS				
Lentilles <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lunettes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prothèses auditives <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autre (<i>pacemaker, etc...</i>)

INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS en cas de premiers secours

PERSONNE A PREVENIR [ECU]

NOM Prénom
Qualité

Tél fixe

Portable

Je soussigné(e)
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Centre Culturel à prendre toutes mesures rendues nécessaires (hospitalisation, traitements médicaux...) en cas d'urgence.

Fait à Epône, le
Signature