



**FORMULAIRE SANITAIRE – STAGIAIRE MAJEUR**

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

-----

**ALLERGIES**

**OUI**

**NON**

Si oui :

ASTHME

MEDICAMENTEUSES

ALIMENTAIRES

AUTRES (préciser) :

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir en cas de crise :

**AUTRES DIFFICULTES DE SANTE**

Nous signaler tout problème de santé (maladie chronique, crise convulsive, etc.....) et de bien vouloir nous indiquer les précautions à prendre et/ou la conduite à tenir en cas de nécessité :

**Coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence :**

NOM Prénom :

Téléphone fixe domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

A :

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :