



FORMULAIRE SANITAIRE – STAGIAIRE MAJEUR

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

ALLERGIES

OUI

NON

Si oui :

ASTHME

ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES
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 professionnel :

Téléphone portable :

A :

Le ____/____/2025

Signature :