Fiche Sanitaire
2026

ADHÉRENT	
NOM :	**Prénom :**
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin	N° de sécurité sociale :
Caisse d'affiliation :	Prise en charge à 100% : ☐ Oui ☐ Non
Handicap et éventuelles pathologies associées :	

MÉDECIN TRAITANT	
NOM :	**Téléphone :**
Adresse :	
Code postal :	Ville :

TRAITEMENT	
Traitement quotidien : ☐ Oui ☐ Non	**Si oui,** nom des médicaments :
Traitement d'appoint : ☐ Oui ☐ Non	**Si oui,** nom des médicaments :

Nous vous ferons parvenir avant chaque séjour un tableau des médicaments à nous faire parvenir complété, en nous indiquant les posologies précises et moments de prises des traitements.

Modalités de prise du traitement : ☐ Autonome ☐ Avec aide Merci d'indiquer comment se déroule la prise (type d'aide nécessaire, rituels, difficultés éventuelles…) :
Date de dernière modification du traitement :
Prescripteur : ☐ Médecin traitant ☐ Autre : précisez le nom et coordonnées :

INFORMATIONS MEDICALES	
Asthme : ☐ Oui ☐ Non	
Sujet à des crises d'épilepsie : ☐ Oui ☐ Non Si oui, date de la dernière crise : Conduite à tenir :	
Sujet à d'autres types de crises : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : Conduite à tenir :	
Allergie à des médicaments : ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels :	
Allergie alimentaire : ☐ Oui ☐ Non Si oui, quels aliments : Aliments de substitution :	
Autres allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquelles : Conduite à tenir :	

APPAREILLAGE

Porte des lunettes : ☐ Oui ☐ Non **Gestion :** ☐ Autonome ☐ Avec Aide
Précisions sur l'usage au quotidien et l'aide qui doit être apportée :

Porte des appareils auditifs : ☐ Oui ☐ Non **Gestion :** ☐ Autonome ☐ Avec Aide
Précisions sur l'usage au quotidien et l'aide qui doit être apportée :

Porte un appareil dentaire : ☐ Oui ☐ Non **Gestion :** ☐ Autonome ☐ Avec Aide
Précisions sur l'usage au quotidien et l'aide qui doit être apportée :

Autre appareillage :

CONTRACEPTION et MENSTRUATIONS

L'adhérente est-elle sous contraceptif : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, en est-elle informée ? ☐ Oui ☐ Non	Prend-elle seule son contraceptif ? ☐ Oui ☐ Non
Nom du contraceptif :	
Remarques :	
Particularités concernant les règles de l'adhérente : ☐ Abondantes ☐ Douloureuses	
Conduite à tenir durant cette période :	

CONTRE INDICATIONS

Y a-t-il des contre-indications médicales à la pratique des activités suivantes ?

Baignade surveillée : ☐ Autorisée ☐ Interdite ☐ Dans certaines conditions, précisez :

Activités nautiques : ☐ Autorisées ☐ Interdites ☐ Selon les activités, précisez :

Activités sportives : ☐ Autorisées ☐ Interdites ☐ Selon les activités, précisez :

Evoluer en altitude : ☐ Autorisé ☐ Interdit, à partir de mètres d'altitude.

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Contact 1 en cas d'urgence, si le demandeur n'est pas joignable :	
NOM :	Prénom :
Portable :	Adresse email :
Contact 2 en cas d'urgence, si le demandeur et le contact 1 ne sont pas joignables :	
NOM :	Prénom :
Portable :	Adresse email :

Je soussigné(e), M / Mme / Mlle :

en qualité de :
- ☐ responsable légale de l'adhérent
- ☐ personne habilitée dans le cadre de l'habilitation familiale
- ☐ tuteur de l'adhérent

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'adhérent.

La présente fiche est valable jusqu'au 8 janvier 2027. **Je m'engage à signaler à ACSV toute modification intervenant pendant la durée de validité de ce document.**

Fait à , le Signature :