



FICHE MÉDICALE

COHESOPS – Association loi 1901

✉ cohesops@gmail.com



Cette fiche médicale permet de recueillir des informations utiles concernant votre état de santé. Elle est **confidentielle** et **réservée** aux organisateurs des activités de COHESOPS.



1. INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom(s) :
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Autre
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-mail :
Personne à prévenir en cas d'urgence :
Téléphone d'urgence : Lien (parenté) :



2. INFORMATIONS MÉDICALES

Suivez-vous actuellement un traitement médical ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel :

Avez-vous déjà été opéré(e) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Souffrez-vous d'une allergie (médicaments, aliments, autres) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà présenté l'un des problèmes de santé suivants ?

- | | |
|---|---|
| ☐ Problème cardiaque | ☐ Problème articulaire ou musculaire |
| ☐ Asthme / Problème respiratoire | ☐ Problème de dos |
| ☐ Épilepsie / Convulsions | ☐ Hypertension artérielle |
| ☐ Diabète | ☐ Trouble de la vision |
| ☐ Vertiges / Malaises | ☐ Autre : |

Autres informations médicales importantes
à signaler (maladie chronique, handicap, etc.) :
.....
.....
.....



3. CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné ce jour : ____ / ____ / ____

M. / Mme

et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication
apparente à la pratique des activités proposées
par l'association COHESOPS.



Cachet du médecin
et signature



4. ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Je soussigné(e)
certifie exactes les informations renseignées ci-dessus
et m'engage à informer les organisateurs de tout changement
concernant mon état de santé.

Fait à : le : ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention

« Lu et approuvé » :



IMPORTANT

Ces informations sont destinées uniquement aux responsables de COHESOPS
et ne seront utilisées qu'en cas de nécessité médicale.



ENSEMBLE, CULTIVONS LA COHÉSION,
L'ENTRAIDE ET LE DÉPASSEMENT DE SOI.

