



### **INFORMATIONS MÉDICALES :**

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

Informations médicales concernant le pratiquant (allergies, asthme, traitement...) :

.....  
.....  
.....  
.....

A Châtelleraut, le :

Signature :

### **Informations COVID-19**

**Pour information, soyez vigilants aux symptômes évocateurs de la COVID-19  
(merci de signaler à l'accueil tout symptômes évocateurs)**

## **Quels sont les signes ?**

