

INFORMATIONS MÉDICALES :

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

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

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

A Châtellerault, 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 ?

