



NOM : \_\_\_\_\_

DISCIPLINE : \_\_\_\_\_ CERCLE : \_\_\_\_\_

RACE : \_\_\_\_\_ SEXE : \_\_\_\_\_ ÂGE : \_\_\_\_\_

CHEVEUX : \_\_\_\_\_ PEAU : \_\_\_\_\_ YEUX : \_\_\_\_\_

TAILLE : \_\_\_\_\_ POIDS : \_\_\_\_\_

**ATTRIBUTS**

	VALEUR DE BASE	BONUS FL	VALEUR ACTUELLE	NIVEAU	DÉ(S) D'ACTION
<b>DEXTÉRITÉ</b>	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>	_____	_____
<b>FORCE</b>	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>	_____	_____
<b>CONSTITUTION</b>	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>	_____	_____
<b>PERCEPTION</b>	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>	_____	_____
<b>VOLONTÉ</b>	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>	_____	_____
<b>CHARISME</b>	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>	_____	_____

**APTITUDES RACIALES :** \_\_\_\_\_

**TALENTS**

INITIÉ/NOVICE NOM DU TALENT	KARMA ACTION ? OBLIGATOIRE ?		EFFORT	ATTRIBUT	RANG	NIVEAU	DÉ(S) D'ACTION
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

**CARACTÉRISTIQUES**

**INITIATIVE**

NIVEAU DE DEX	MALUS D'ARMURE	AUTRE	NIVEAU D'INITIATIVE/DÉ(S) D'ACTION
<input type="text"/>	- <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>

**DÉPLACEMENTS**      **ENCOMBREMENT**

DE COMBAT	DE COURSE	CAPACITÉ DE TRANSPORT	CAPACITÉ À SOULEVER
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DÉFENSES**      **ARMURES**

DÉFENSE PHYSIQUE	<input type="text"/>	ARMURE	_____
DÉFENSE MAGIQUE	<input type="text"/>	ARMURE PHYSIQUE	<input type="text"/>
DÉFENSE SOCIALE	<input type="text"/>	ARMURE MYSTIQUE	<input type="text"/>

**SEUILS DE SANTÉ**      **TESTS DE RÉCUPÉRATION**

SEUIL DE BLESSURE GRAVE	TESTS PAR JOUR	NIVEAU	DÉ(S) D'ACTION
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____

**TOTAL ACTUEL DE DOMMAGES**      **BLESSURES GRAVES**

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9

**SEUIL D'INCONSCIENCE**

VALEUR DE BASE	MAGIE DU SANG	RÉSISTANCE	AUTRE	VALEUR ACTUELLE
<input type="text"/>	- <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>

**SEUIL DE MORT**

VALEUR DE BASE	MAGIE DU SANG	RÉSISTANCE	AUTRE	VALEUR ACTUELLE
<input type="text"/>	- <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>

**ARMES**

NOM DE L'ARME	NIVEAU DE DOMMAGES	# DE FOIS	TAILLE	REFORGÉE	COURTE	MOYENNE	LONGUE
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**KARMA**

**NIVEAU/DÉ :** \_\_\_\_\_

**MAXIMUM :** \_\_\_\_\_

**UTILISATION :** \_\_\_\_\_

POINTS DISPONIBLES	
<input type="checkbox"/> DEX	<input type="checkbox"/> FOR
<input type="checkbox"/> PER	<input type="checkbox"/> VOL
<input type="checkbox"/> CON	<input type="checkbox"/> CHA

**COMPÉTENCES**

NOM DE LA COMPÉTENCE	ACTION ? EFFORT	ATTRIBUT	RANG	NIVEAU	DÉ(S) D'ACTION
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

**LANGUES**











