

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE



IDENTITE DU (DE LA) JOUEUR(SE)

Nom : Prénom :

Rue et n° : CP : Localité :

Date de naissance : Tél :

RESPONSABLE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Tél : Lien de parenté : Parent / Tuteur / Représentant légal (1)

Nom : Prénom :

Tél : Lien de parenté : Parent / Tuteur / Représentant légal (1)

DONNEES MEDICALES DU (DE LA) JOUEUR(SE) (à renseigner en cas de problèmes de santé susceptibles d'être rencontrés pendant la pratique de l'activité)

- Nom du médecin traitant : Tél :
- Votre enfant est-il en ordre de vaccination ? OUI – NON (1)
- Votre enfant a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité sportive ? (ex.: problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète...). Indiquer aussi la fréquence, la gravité et les actions à mettre en oeuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....
.....

- Doit-il prendre certains médicaments en cas d'urgence ? Est-il autonome dans cette prise ?
.....
- A-t-il (elle) une allergie quelconque ? :
- Observations complémentaires :

Je déclare avoir informé le club des informations utiles à la meilleure réaction possible en cas de problème de santé urgent et je m'engage à lui communiquer sans délai toute information nouvelle modifiant le contenu de ce document.

Nom et prénom : Date et signature :

(1) Biffer les mentions inutiles