Fiche Médicale

compléter et remettre à votre entraîneur

Nom : _____ Prénom :_____

Adresse : _____

No. téléphone : _____ en cas d'urgence : _____

No. Ass. Maladie : _____

Allergie : oui : _____ non : _____

Si oui, précisez : _____

Maladies connues : oui : _____ non : _____

Si oui, précisez : _____

Médicaments à prendre : oui : _____ non : _____

Si oui, précisez : _____

Commentaires et/ou particularités :_____

_____

_____

J'atteste être le père, la mère ou le tuteur de _____ qui est âgé de moins de 18 ans. Je consens par la présente à toute intervention médicale d'urgence faite par un médecin accrédité si cela s'avérait nécessaire par suite de sa participation à un sport.

Je m'engage à rembourser les dépenses encourues en raison de cette intervention.

Nom/Prénom en lettres moulées :_____

Signature : _____ Date : _____