



FICHE MEDICALE

SAISON 2019/2020

IDENTITÉ DU JOUEUR :

- NOM:
- PRÉNOM:
- NÉ LE:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

◦ PÈRE:

- NOM :
- PRÉNOM :
- TEL DOMICILE :
- TEL MOBILE :
- TEL TRAVAIL :

◦ MÈRE:

- NOM :
- PRÉNOM :
- TEL DOMICILE :
- TEL MOBILE :
- TEL TRAVAIL :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JOUEUR :

- LE JOUEUR SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ?

Si oui, merci de joindre l'ordonnance du médecin avec les médicaments correspondants.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice, emballée dans un sac plastique zippé portant le nom de l'enfant).

- Si vous avez l'habitude de donner des médicaments à votre enfant en cas de maux de tête, maux de ventre.... veuillez fournir ces médicaments en notant la posologie et le nom de l'enfant.

- LE JOUEUR A-T-IL DES ALLERGIES ?

ALIMENTAIRES : OUI NON

MÉDICAMENTEUSES : OUI NON

AUTRES : OUI NON

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

- LE JOUEUR A-T-IL DE L'ASTHME ?

Si OUI, précisez la conduite à tenir :

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES :

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé, en indiquant les dates et les précautions à prendre

Précisez si le joueur est astreint à un régime alimentaire particulier :

Le joueur porte-t-il des lunettes / des lentilles / des prothèses dentaires ?

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

NOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL :

Je soussigné, _____, responsable légal du joueur

_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise par la présente le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, visite chez le médecin...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

DATE :

SIGNATURES :

LE PERE

LA MERE