



## Fiche médicale – Saison 2015-2016

NOM prénom du joueur : .....  
Date de naissance : .....

### En cas d'urgence

Personne de contact : .....  
N° de téléphone portable : .....  
Courriel : .....

## SITUATION MÉDICALE

### Groupe sanguin :

#### Vous souffrez :

d'une allergie alimentaire  non  oui Si oui, précisez \_\_\_\_\_

d'une allergie médicamenteuse  non  oui Si oui, précisez \_\_\_\_\_

d'un problème de santé  non  oui  
(diabète, épilepsie, asthme, problème cardiaque,...) Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu oui à une des questions précédentes, quels sont les traitements ? .....  
.....

## AUTORISATION

Je soussigné(e)..... (parent de .....  
.....) autorise l'entraîneur du club ou la Fédération Francophone Belge de Sport Kin-Ball:

- à me donner les soins nécessaires et/ou à organiser mon transport en ambulance en cas d'urgence.  
 à donner à ma fille/mon fils les soins nécessaires et/ou à organiser son transport en ambulance en cas d'urgence.

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

..... NOM (en toutes lettres) : .....



## Certificat Médical saison 2015-2016

Je soussigné.....Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné Mr/Mme/Mlle.....et  
l'avoir reconnu(e) apte à la pratique du sport Kin-Ball.

Fait à .....le...../...../.....

Signature et cachet du médecin,