



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 àle...../...../.....

Signature et cachet du médecin,