



U15

FICHE MÉDICALE DE PARTICIPATION **SAISON 2018-2019**

LIGUE :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

A compléter par le médecin traitant

➤ Antécédents médicaux :
.....
.....

➤ Antécédents chirurgicaux :
.....
.....

➤ Date du rappel antitétanique (de moins de 5 ans) :

➤ Allergies éventuelles :
.....
.....

➤ Traitement en cours :
.....
.....

➤ Remarques éventuelles :
.....
.....

Date et signature du médecin traitant

Cachet