U16

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***