



U16/U17

FICHE MÉDICALE DE PARTICIPATION SAISON 2019-2020

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