

FEDERATION FRANCOPHONE BELGE DE SPORT KIN-BALL



FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE

Coordonnées

CLUB :  Kin-Ball Housse

Mr Mme.

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

En cas d'urgence

Personne de contact _____

Nr de téléphone _____

Adresse E-mail _____

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

J'autorise l'entraîneur du club et la Fédération Francophone Belge de Sport Kin-Ball de me donner les soins nécessaires et/ou d'organiser mon transport en ambulance en cas d'urgence.

Date : _____ Signature : _____

(La signature d'un des parents est obligatoire pour les joueurs mineurs)

Certificat médical (à faire remplir par le médecin)

Je soussigné Docteur en médecine, certifie par la présente avoir examiné M / Mme / Mlle né(e) le et ne pas avoir constaté ce jour de contre-indication à la pratique du Kin-Ball en compétition.

Fait à, le

Cachet du médecin :

Signature :