**Fédération Francophone Belge de Sport Kin-Ball**

# Logo FFBKB

**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 :