**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 médicaleGroupe 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 :