

FEDERATION FRANCOPHONE BELGE DE SPORT KIN-BALL



FÉDÉRATION FRANCOPHONE
BELGE DE **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
D'une allergie médicamenteuse

Si oui, précisez

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, certifié 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 :