

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

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.

En cochant cette case, je consens expressément à la collecte, au traitement et à l'utilisation de mes données personnelles conformément à la politique de confidentialité énoncée. Je comprends que mes données seront utilisées dans le but de gérer ma fiche médicale sportive et seront accessibles aux professionnels de santé et à l'équipe d'encadrement dans le cadre de ma participation à des activités sportives. Je comprends également que je peux retirer mon consentement à tout moment en contactant le président du club Kin-Ball Housse.

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 :