

# 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

☐ non ☐ oui

d'un problème de santé ☐ non ☐ oui

(diabète, épilepsie, asthme, problème  
cardiaque...)

Si oui, précisez

Si oui, précisez

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 :