

FEDERATION FRANCOPHONE BELGE DE SPORT KIN-BALL



FÉDÉRATION FRANCOPHONE
BELGE DE KIN-BALL

FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE

Coordonnées

CLUB : Kin-Ball Housses



M. ☐ Mme. ☐ Autre ☐

Nom Prénom

Date de naissance

Personne de contact en cas d'urgence.....

N° de téléphone de la personne de contacte

Adresse E-mail de la personne de contacte

Situation médicale

Groupe sanguin :.....

Vous souffrez :

D'une allergie alimentaire non ☐ oui ☐

Si oui, merci de préciser

D'une allergie médicamenteuse non ☐ oui ☐

Si oui, merci de préciser.....

D'un problème de santé (diabète, épilepsie, asthme, problème cardiaque...)
non ☐ oui ☐

Si oui, merci de préciser.....

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 représentant légal 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