**EFICHE MEDICALE 2018-2019**

***Attention !*** *Merci de remplir intégralement et lisiblement la présente fiche*



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L’ADHERENT

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qui prévenir en cas d’urgence ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quel numéro de téléphone ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• En cas d’accident, AUTORISEZ-VOUS les entraîneurs à faire conduire le joueur (votre enfant, pour les mineurs) par le biais d’une ambulance des sapeurs-pompiers, chez le médecin ou à l’hôpital le plus proche ?

OUI - NON

• AUTORISEZ-VOUS les entraîneurs à prendre toutes dispositions, en accord avec un médecin, en cas d’accident au cours d’un entraînement, d’un match ou d’une autre manifestation ?

OUI - NON

• Le licencié est-il allergique à des médicaments ? OUI - NON

Si OUI, lesquels : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Le licencié a-t-il de l’asthme ? OUI - NON

Si OUI, possède-t-il un traitement sur lui ? OUI - NON

• Le licencié a-t-il bénéficié de soins médicaux ou chirurgicaux durant l’année précédente ?

OUI - NON

Si OUI, lesquels : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Autres renseignements que vous jugez utile de nous communiquer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**JE M’ENGAGE A PREVENIR LES ENTRAINEURS**

**EN CAS DE CHANGEMENT DANS L’ETAT DE SANTE DE MON ENFANT.**

Signature du licencié ou des Parents ou du représentant légal :

**Ce document sera obligatoirement détruit en fin de saison.**