Fiche Médicale

Saison 2017-2018

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  |

 **Personne à contacter en cas d’urgence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  |
| Téléphone |  | GSM |  |
| Lien de parenté |  |

**Médecin traitant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  |
| Adresse |  |
| Code Postal |  | Commune |  |
| Téléphone |  | GSM |  |

**Informations**

|  |  |
| --- | --- |
| Etes-vous allergique à certains médicaments ? |  □ Oui □ Non |
| Si oui lesquels ? |
| Etes-vous épileptique ?  |  □ Oui □ Non |
| Etes-vous asthmatique ?  |  □ Oui □ Non |
| Etes-vous diabétique ?  |  □ Oui □ Non |
| Etes-vous sous traitement medical ?  |  □ Oui □ Non |
| Si oui lesquels ? |
| Groupe sanguin |  |
| Autre ? |

En cas de modifications de cette fiche, merci d'en avertir au plus vite le coach.

Vignette mutuelle

Date - Signature