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