



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE – JOUEUR(SE)

Ce document est à remettre obligatoirement au correspondant qualifié du club. Les informations qu'il contient seront communiquées aux responsables sportifs ainsi qu'au personnel médical en cas d'accident.

IDENTITE DU(DE LA) JOUEUR(SE)

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse : N° : Code postal : Localité :

Tel :

RESPONSABLE DU(DE LA) JOUEUR(SE) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Parent – Tuteur – Représentant légal (1)

Nom : Prénom : Tel : (privé) (bur.)

Parent – Tuteur – Représentant légal (1)

Nom : Prénom : Tel : (privé) (bur.)

DONNEES MEDICALES DU JOUEUR (à renseigner si le(la) joueur(se) présente des problèmes de santé susceptibles d'être rencontrés pendant la pratique de l'activité)

Nom du médecin traitant Tél :

Le joueur est-il en ordre de vaccination ? : OUI - NON (1)

Le(la) joueur(se) a-t-il(elle) des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité sportive ? (ex.: problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète...). Indiquer aussi la fréquence, la gravité et les actions à mettre en oeuvre pour les éviter et/ou y réagir.

Accident sportif éventuel / intervention chirurgicale ?

Votre enfant doit-il prendre certains médicaments en situation d'urgence ? Est-il autonome dans cette prise ?

Observations particulières :

Je déclare avoir informé le club de la RESTN des informations utiles à la meilleure réaction possible d'un problème de santé urgent et je m'engage à lui communiquer sans délai toute information nouvelle modifiant le contenu de ce document.

Nom + Prénom

Date et Signature