

FICHE MEDICALE

Remplir en lettres majuscules et conserver dans votre sac

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : N° LICENCE FFRP :

ADRESSE :

.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1-NOM-PRENOM-ADRESSE-TELEPHONE :

.....

.....

2-NOM-PRENOM-ADRESSE-TELEPHONE :

.....

.....

3-NOM-PRENOM-ADRESSE-TELEPHONE : _____

.....

.....

TRAITEMENT MEDICAL EN COURS :

PRECISER :

- ✓ ALLERGIES :
- ✓ GROUPE SANGUIN :
- ✓ PORTEUR DE PROTHESE (pacemaker, lentilles de contact, autres) :

COORDONNEES MEDECIN TRAITANT :

NOM PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

DIVERS :

A :

le :

signature :