



FICHE MÉDICALE

JOUEUR :

Nom : _____ Prénom : _____

assurance maladie : _____ exp : _____

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ NOM : _____

Tel (1) : _____ Tel (1) : _____

Tel (2) : _____ Tel (2) : _____

Lien de parenté : _____ Lien de parenté : _____

Souffrez-vous d'allergies? Si oui, précisez _____

Prenez-vous des médicaments? Si oui, précisez _____

Avez-vous un problème de santé à l'heure actuelle? Si oui, précisez _____

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____ date : _____