



**FICHE MEDICALE 2016/2017**



NOM.....Prénom.....

Date de naissance:.....Taille:.....Poids.....

Groupe sanguin: .....( éventuellement. RH)

VACCINATIONS :

- Tétanos (date).....
- Poliomyélite (date).....
- Autre(s) .....



AFFECTIONS CLINIQUES IDENTIFIEES :

Traitement actuel : .....

Préventif : .....

De crise : .....

PROBLEMES ACTUELS DE SANTE :

En traitement pour.....Depuis.....

Médications en cours : .....

ALLERGIES CONNUES:

- .....

OBSERVATIONS :

Nom / Médecin de famille: .....Tel:.....

Téléphone/contact en cas d'urgence :.....

(En cas, se munir de l'ordonnance de prescription et des médicaments)  
Informez le Comité en cas d'évolutions de cette fiche en cours de saison sportive.

