

IDENTITE DU JOUEUR

NOM :.....

PRENOM :.....

Date de naissance :.....

Adresse :.....

.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

.....

Tél :.....

VACCINATIONS :

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI – NON

Dates de vaccinations :.....

Date du dernier rappel :.....

Autres renseignements :

Est-il allergique à des médicaments ? OUI – NON

Si oui, lesquels :

.....

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ?

OUI – NON

Si oui, lesquels :

.....

MEDICAMENTS A PRENDRE :

Lesquels ? Quand ? Quantité

PERSONNE DE CONTACT

GSM Parent 1 :.....

GSM Parent 2 :.....

Mail Parent 1 :.....

Mail Parent 2 :.....

Autres :.....

GROUPE SANGIUN :

ANTECEDANTS :

Maladies antérieures :.....

Opérations subies :.....

Traumatismes sportif :.....

Est-il atteint de

Diabète

Asthme

Epilepsie

Affection cardiaque

Affection cutanée

Autres :.....