

FICHE MEDICALE



A renseigner de façon lisible en lettres capitales SVP

Prénom: Nom:

Adresse:

.....

Né(e) le:

Tel domicile: Tel portable mère:

Tel domicile: Tel portable père:

Médecin traitant: Dr..... Tel cabinet:.....

N° Licence FFCT: (à compléter par le club)

◆ Je soussigné(e) M, Mme,Père , Mère,ou Tuteur légal autorise le Président ou les responsables de l' école Cyclo du Club de Morsbach à prendre toutes décisions concernant, les soins d'urgence ou à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales qui s'avèreraient urgentes sur avis médical, concernant l'enfant cité ci-dessus.

◆ Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, je m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant et à respecter le règlement en vigueur au club.

Fait à: le:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX de.....(Prénom+Nom)

Maladies

Hémophilie oui non

Si oui, préciser le traitement d'urgence:.....

Epilepsie oui non

Si oui, préciser le traitement d'urgence:.....

Enurésie oui non

Si oui, préciser le traitement d'urgence:.....

Tétanie oui non

Si oui, préciser le traitement d'urgence:.....

Asthme oui non

Si oui, préciser le traitement d'urgence:.....

Diabète oui non

Si oui, préciser le traitement d'urgence:.....

Autre oui non Si oui préciser laquelle:.....

ainsi que le traitement d'urgence:.....

Allergies / Intolérances

Traitées si besoin par:

Médicamenteuses:.....

Alimentaires:.....

Environnementales:.....

Autres:.....

Signature des parents (précédée de la mention "Lu et approuvé") :