

FICHE MEDICALE

(A compléter en

majuscule)

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 :

PRECISER :

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

COORDONNEES MEDECIN TRAITANT :

NOM PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

**DIVERS : POUR LES PERSONNES EN COURS DE TRAITEMENT : Joindre copie de la prescription médicale et/ou
« contre-indication »**

A :

le :

Signature :