

## FICHE SANTÉ

INFORMATIONS PERSONNELLES			
NOM	PRÉNOM		
DATE NAISSANCE	NO ASS. MALADIE		
SEXE	GROUPE SANGUIN (FACULTATIF)		
URGENCE			
PERSONNE À CONTACTER			
NO TÉLÉPHONE			
AUTRE NO TÉLÉPHONE			
LIEN AVEC LE JOUEUR			
INFORMATIONS MÉDICALES			
PROBLÈME DE SANTÉ	OUI	NON	DETAILS
ÉPILEPSIE			
DIABÈTE			
ASTHME			
ALLERGIES (SI OUI INSCRIRE QUELS ALLERGÈNES)			
AUTRE			
MÉDICAMENTS			
NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE	L'ENFANTS SAIT-IL SE L'ADMINISTRER ?	
BLESSURES RÉCENTES			
TYPE DE BLESSURE	OUI	NON	DÉTAILS
ENTORSES / FOULURES / LUXATION			
FRACTURES			
COMMOTION / BLESSURE À LA TÊTE			
AUTRE			
AUTRES PROBLÈMES MÉDICAUX			
TRAITEMENTS			
CHIRURGIE			
AUTRE			
PREMIERS SOINS			
AUTORISATION	OUI	NON	NOM ET PRÉNOM DU PARENT / TUTEUR
Autorisation à fournir les premiers soins nécessaires en cas de blessures et même à contacter les services ambulatoires lorsque jugé nécessaire.			
			SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR
			DATE DE LA SIGNATURE