

## FICHE D'INFORMATIONS MÉDICALES

NOM

DATE DE NAISSANCE : JJ/MM/AA

PERSONNE-RESSOURCE EN CAS D'URGENCE

TÉLÉPHONE

JOUR

SOIR

AUTRE PERSONNE-RESSOURCE EN CAS D'URGENCE

TÉLÉPHONE

JOUR

SOIR

MÉDECIN DE FAMILLE

TÉLÉPHONE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

MÉDICAMENTS UTILISÉS :

ALLERGIES :

BLESSURES PRÉCÉDENTES :

LE JOUEUR EST-IL EN POSSESSION DE SES MÉDICAMENTS ET SAIT-IL COMMENT LES ADMINISTRER?  OUI  NON

AUTRES CONDITIONS :

REMARQUE : TOUS LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SONT CONFIDENTIELS. ILS DOIVENT ACCOMPAGNER L'ÉQUIPE EN TOUT TEMPS. SEUL LE PERSONNEL AUTORISÉ Y A ACCÈS.