

FICHE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

IDENTITÉ :

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

(Précisez fractures, entorses, luxations, tendinites, problèmes musculaires, ... sur le schéma)

Souffrez-vous du syndrome d'Osgood Schlatter ? Oui Non
(Douleurs aux genoux régulières)

Avez-vous de l'asthme ? Oui Non

Avez-vous subi des opérations chirurgicales ? Oui Non

Si oui précisez lesquelles :

Avez-vous un traitement médical régulier ? Oui Non

Avez-vous des allergies Oui Non

Si oui précisez lesquelles :

Avez-vous des troubles de la vue ? Oui Non

si oui, portez-vous des corrections : Lunettes Lentilles

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Nom : ----- Date -----

Signature

