



# **FICHE MÉDICALE DE PARTICIPATION** **SAISON 2019-2020**

**LIGUE** : .....

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

---

***A compléter par le médecin traitant***

➤ Antécédents médicaux : .....

➤ Antécédents chirurgicaux : .....

➤ Date du rappel antitétanique (de moins de 5 ans) : .....

➤ Allergies éventuelles : .....

➤ Traitement en cours : .....

➤ Remarques éventuelles : .....

---

***Date et signature du médecin traitant***

***Cachet***