



FICHE MÉDICALE

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Encadré à remplir même par les licenciés du FCLR

ELLE DOIT ÊTRE REMPLIE ET SIGNÉE PAR LE MÉDECIN TRAITANT
(consultation médicale datant de moins de trois mois avant la date du stage)



NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : | | | | | | | | | |

TAILLE : _____ M POIDS : _____ KG

SEXE : M F

VACCINS : Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination.
Si les vaccins obligatoires ne sont pas faits, joindre un certificat médical de contre-indication.

CERTIFICAT DU MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e),

Docteur _____

certifie que les renseignements portés sur la fiche médicale sont exacts et complets et que l'enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique du football en stage.

À _____ le _____

Cachet et signature

INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUBIES ? Lesquelles - dates

L'enfant suit-il un traitement pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.
Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

ÉNURESIE : OUI NON

LE STAGIAIRE PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES ? OUI NON

LE STAGIAIRE PORTE-T-IL UN APPAREIL DENTAIRE ? OUI NON

LE STAGIAIRE PORTE-T-IL UN APPAREIL AUDITIF ? OUI NON

ALLERGIES (alimentaire - médicaments) OUI NON

Joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE : OUI NON

Si oui, précisez _____

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES : _____

