

Fiche médicale

Joueur

Nom : _____ Prénom : _____
Équipe : _____ Numéro affiliation : _____

PROFIL MÉDICAL :

SOUFFRE-T-IL DE...	Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Problème d'ouïe		
Diabète			Port d'appareils dentaires		
Épilepsie			Port de lunettes		
Évanouissement			Port de verres de contact		
Problème cardiaque			Le joueur est-il vacciné contre le tétanos ?		
Problème respiratoire			Allergie (précisez) _____		
Commotion cérébrale			Autres (précisez) _____		

À compléter par le médecin

Je soussigné _____ docteur en médecine, ²Domicilié à

Inscrit au tableau des médecins sous le numéro : _____

Certifie avoir examiné et interrogé ce jour, le joueur dont l'identité figure ci-dessus.

De cet examen en résulte que l'intéressé est : APTE / INAPTE

À la pratique du football en ce compris l'entraînement et la mise en condition physique

Date : ___ / ___ / _____

Signature et cachet du médecins :