

ZONE OUEST water-polo

Fédération Française de Natation
148 avenue Gambetta
75020 PARIS
☎ : 01.40.31.17.70 📠 : 01.40.31.19.90



CONFIDENTIEL :

FICHE MEDICALE DE LIAISON

DOCUMENT A REMPLIR POUR STAGE :

COMPETITION :

DISCIPLINE : WATER POLO ----- CLUB -----

N° de licence.....

NOM :

Prénom :

Adresse complète :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

GROUPE SANGUIN : RH :

Antécédents- Médicaux(date et nature):

maladies infantiles

maladies graves

Chirurgicaux (date et nature):

Allergies connues à des médicaments ou des substances diverses :

Vaccinations entreprises et dates de celles-ci

Traitements médicaux en cours :(avec si possible photocopie de l'ordonnance)

Traitement kiné :

Justificatifs thérapeutiques :oui non

Remarques que vous souhaitez porter à l'attention du médecin :

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE Mr/Mme:

☎ **Professionnel** :..... ☎ **Domicile**:.....

☎ **Portable** :

- Médecin traitant Dr. :----- Tél :----- Fax :----- Email :-----

- Kinésithérapeute traitant : ----- Tél :----- Fax :----- Email :-----