



# FICHE MÉDICALE DE PARTICIPATION

## SAISON 2017-2018

**LIGUE** : CENTRE-VAL DE LOIRE DE FOOTBALL.....

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*