



# FICHE MÉDICALE DE PARTICIPATION

## SAISON 2019/2020

**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*