



IDENTITE (IDENTITY)

Nom / Name:
Prénom / First name:
Age:
Date de naissance / Date of birth :
Médecin traitant / Family Doctor :
Discipline / Sport :

Pays / Country:
Sexe / Sex: F M
Groupe sanguine / Blood group:
Téléphone / Phone :
Fonction / Function :

ANTÉCÉDENTS (PAST HISTORY)

Personnels / Personals

Médicaux / Medicals :
Chirurgicaux / Surgicals :
Traitement en cours / Current Treatment :
Allergies (alimentaires, médicamenteuses...) / Allergy (food, medicine...) :
Asthme / Asthma :
Familiaux / Family history :

VACCINATIONS - Dernier rappel (last vaccine)

DTCP :
Hépatite :
Fièvre jaune / yellow fever :

ALIMENTATION / DIET

Végétarien / Vegetarian : Pas de porc / No pork : Pas de bœuf / No beef :

AUTORISATION PARENTS (PARENTS PERMISSION)

*Je soussigné(e) responsable de
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant,
toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

*I undersigned responsible legal of
declare exact the information in this form and authorize the person in charge of the delegation to take necessary
measures for the benefit of the child.)*

CONCLUSION

*Pas de contre indication médicale à la pratique du sport ou accompagnement de sportifs.
No medical contra indication in sport participation or officiating or travelling with athletes.*

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN
(DATE, SIGNATURE AND STAMP OF THE DOCTOR)

SIGNATURE DES PARENTS OU TUTEUR
(PARENTS / GUARDIAN SIGNATURE)

SIGNATURE DE L'ADULTE CONCERNE
(SIGNATURE OF THE CONCERNED ADULT)