



**FICHE MEDICALE**



**CCE- Attelage**

**Nom prénom** (en majuscule):

N° Licence FFE : .....

Date de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse : .....

Personne à prévenir : .....

Parenté : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse : .....

Nom et numéro de téléphone d'un proche présent sur le site : .....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

Adresse.....

Groupe Sanguin et Rhésus si connus : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux à signaler : .....

.....

.....

Prothèse Dentaire : haut : oui non

Bas : oui non

Allergies connues : .....

.....

Eventuel traitement en cours : .....

.....

.....