



FICHE MÉDICALE DE PARTICIPATION

SAISON 2024/2025

District Alsace de Football

NOM :
PRENOM :
Date de naissance :
Adresse :
N° de téléphone :

A compléter par LE REPRESENTANT LEGAL DU JOUEUR-ou DE LA JOUEUSE

- Antécédents médicaux :
.....
- Antécédents chirurgicaux :
.....
- Date du rappel antitétanique (de moins de 5 ans) :
- Allergies éventuelles :
.....
- Traitement en cours :
.....
- Remarques éventuelles (*Blessures récentes, retour blessures*)
.....
.....

Fait à le

Signature du Représentant légal :