



Formulaire d'information sur l'élève



Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ No ass-maladie : _____

Téléphone (*jour*) : _____ Téléphone (*soir*) : _____

Profil médical

Ces données sont traitées de façon confidentielle. Elles ne sont recueillies que dans un but préventif.

1. L'athlète souffre-t-il de : Asthme Diabète Épilepsie
 Autre maladie importante : _____

2. Indiquez les allergies importantes, s'il y a lieu : _____

3. L'athlète porte-t-il des lentilles cornéennes ou des verres correcteurs ? Oui Non

4. L'athlète doit-il prendre des médicaments régulièrement ? Oui Non

Si oui, indiquez lesquels : _____

À quelle fréquence : _____

Peut-il s'administrer ses propres médicaments : Oui Non

5. Fournir toutes autres informations qui seraient susceptibles de compléter ce profil médical :

Signature du parent ou tuteur

Date