

Questionnaire médical pour athlètes majeurs

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél :
Portable :
e-mail :

Personne à contacter en cas d'urgence :
Lien de parenté :
Tél :
Portable :
E-mail :

- ◆ Groupe sanguin & Rhésus :
- ◆ Date de la dernière vaccination antitétanique :
- ◆ Maladie(s) particulière(s) :
.....
- ◆ Traitement médicamenteux en cours :
.....
.....
- ◆ Allergie(s) :
.....
.....
- ◆ Allergie(s) médicamenteuse(s) :
.....
.....

- ◆ Mutuelle : nom + n° :
- ◆ Assurance : nom + coordonnées + n° contrat :



se munir de sa carte vitale ou de sa carte européenne de soin

Date :

Signature :