

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

## **ATHLETE**

NOM :

PRENOM :

RUE/N° :

NP / LOCALITE :

DATE DE NAISSANCE :

ASSURANCE ET N° :

ASSURANCE RAPATRIEMENT ET N° :

MOBILE SI L'ATHLETE LE PREND EN CAMP :

## **RESPONSABLE LEGAL**

NOM :

PRENOM :

RUE/N° :

NP / LOCALITE :

MOBILE (père et mère) :

TEL. FIXE (père et mère) :

TEL. PROF (père et mère) :

EMAIL :

**ALLERGIES et INTOLERANCES (merci de préciser)**

## RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

## PROBLEME DE SANTE

QUE DOIT-ON ENCORE SAVOIR SUR LA SANTE DE VOTRE ENFANT ?

