

FICHE MÉDICALE DE LIAISON

SOUS PLI CONFIDENTIEL

Stage : Compétition :
Club : Discipline :
No de Licence :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville : Pays :
N° de sécurité sociale : E-Mail.....

Renseignements médicaux

Groupe sanguin : Rh :
Antécédents Médicaux :
.....
Antécédents chirurgicaux :
.....
Antécédents traumatologiques :
.....
Allergies connues :

Joindre une copie

- 1. Des pages vaccinations du carnet de Santé**
- 2. De la carte européenne.**

A REMPLIR PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTE

SOUS PLI CONFIDENTIEL

Problèmes actuels de santé

Médical

En traitement pour :
Depuis :
Médications en cours :

AUT-FINA

Standard : oui non Abrégé oui non
Établies
Autorisations reçues le :

Kinésithérapie

En traitement pour :
Depuis :
Soins en cours :
Physiothérapie :
Rééducation :
Traitement à poursuivre :

Dentaire

Soins en cours :

Prévention pré compétitive habituelle :

Produits utilisés :
.....
Diététique particulière :

Données fonctionnelles

Taille : 1m..... Poids habituel :Kg Poids en période de compétition : Kg

Données biologiques récentes (si problèmes)

.....

Coordonnées

Médecin traitant

Nom :
Tél. :
Fax :
Email :

kinésithérapeute traitant

Nom :
Tél. :
Fax :
Email :

**COLLEZ ICI LA PHOTOCOPIE
DE VOTRE LICENCE F.F.N.**

Chaque athlète mineur devra avoir sur lui lors de tout déplacement en stage ou en compétition, une copie de cette autorisation ainsi que sa Carte d'Identité Nationale et sa Licence Fédérale.

DEPARTEMENT MEDICAL

Dr Christine Lepourcelet Talvard

Médecin fédéral

Port : 06 84 38 83 85

Tél : 01 41 83 87 45

Fax : 01 41 83 87 46 (*confidentiel*)

E-mail : medical@ffnatation.fr

medical-ffn@wanadoo.fr (*confidentiel*)

**AUTORISATION PARENTALE
POUR LES CONTRÔLES ANTIDOPAGE SANGUINS**

CODE DU SPORT - Article R232-52 – Entrée en vigueur le 16 Janvier 2011

L'obligation pour athlète contrôlé de devoir justifier de son identité.

Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de la licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle.

POUR L'ANNEE 20 /20

JE SOUSSIGNE(E), LE RESPONSABLE LEGAL, MR/MME :

NOM – PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

CODE POSTAL : VILLE :

☎ DOMICILE : ☎ PORTABLE :

☎ PROFESSIONNEL : ☎ AUTRE :

AUTORISE L'ENFANT :

NOM – PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

DISCIPLINE :

A subir des contrôles antidopage dans le cadre de son activité sportive de licencié(e) de la Fédération Française de Natation.

Fait à , le

**Signature du/des parent(s),
Précédée de la mention « Lu et Approuvé »**

**Signature de l'intéressé(e),
Précédée de la mention « Lu et Approuvé »**

DEPARTEMENT MEDICAL

Dr Christine Lepourcelet Talvard

Médecin fédéral

Port : 06 84 38 83 85

Tél : 01 41 83 87 45

Fax : 01 41 83 87 46 (*confidentiel*)

E-mail : medical@ffnatation.fr

medical-ffn@wanadoo.fr (*confidentiel*)

**COLLEZ ICI LA PHOTOCOPIE
DE VOTRE LICENCE F.F.N.**

Chaque athlète mineur devra avoir sur lui lors de tout déplacement en stage ou en compétition, une copie de cette autorisation ainsi que sa Carte d'Identité Nationale et sa Licence Fédérale.

AUTORISATION PARENTALE

POUR L'ANNEE 20 /20

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut il leur faut demander l'autorisation au Juge des enfants ou Procureur de la République. L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

JE SOUSSIGNÉ (E), LE RESPONSABLE LÉGAL, MR/MME

NOM – PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

CODE POSTAL : VILLE :

☎ DOMICILE : ☎ PORTABLE :

☎ PROFESSIONNEL : ☎ E-MAIL :

AUTORISE L'ENFANT :

NOM – PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° DE SECURITE SOCIALE :

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

Fait-le,

Signature du/des parent (s)

Précédée de la mention "Lu et approuvé"