|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Utilisateur\Documents\Logo Upi.jpg |  | C:\Users\Utilisateur\Documents\Saison 2013-2014\Footeo\logolfa.jpg |

## *STAGES FOOTBALL UPI Foot*

## FICHE MEDICALE

***Ce certificat médical doit être rempli par le médecin traitant.***

**NOM du stagiaire** : …………………………….. **Prénom** : ……..…………..….……………...

**Date de naissance** : …….. / …….. / ……..

**Dates du stage** : du **…27…./…04…./2013 au …30…./…04…. /2015**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Taille : ……………………………………………… Poids : …………………..……………………

Pouls : ……………………………………………… Tension : ……………...………….………….

Groupe sanguin (si connu) : ………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergies** (alimentaires – médicaments) : ……………………………………………………….……..

……………………………………………………………………………………………..…………………

**Observations particulières** (en cas traitement médical, fournir la photocopie de l’ordonnance) :

………………………………………………………………………………………………………… .……

Je soussigné(e) , **Docteur** …………………………………………………………………………

Certifie que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts et que l’**enfant** :

………………………………………………………………………………………………………..

**ne présente pas de contre indication à la pratique intensive du football en stage**.

Par ailleurs, l’enfant ne présente **pas de maladie contagieuse**.

Fait à ………………………………….. , le ………………………………….

# Cachet et signature du médecin :