

### — JOUEUR

NOM :  PRENOM :   
 Date de Naissance : ...../...../1996. Lieu : .....  
 Taille : ..... Poids : ..... Pointure : ..... Pied  Droitier  Gaucher  
 Mobile : 0...../...../...../..... Courriel : .....@.....  
 Etablissement Scolaire Fréquenté à la rentrée 2011 : .....  
 Classe : ..... Examen en fin d'année : .....

### — PARENTS

**Père**  Responsable Légal  
 NOM :  PRENOM :   
 Adresse : .....  
 Code Postal : |...|...|...|...|...| Ville : .....  
 Mobile : 0...../...../...../..... Courriel : .....@.....  
 Tél. Domicile : 03/...../...../.....  LR Tél. Professionnel : 03/...../...../.....  
 Profession : .....

**Mère**  Responsable Légal  
 NOM :  PRENOM :   
 Adresse : .....  
 Code Postal : |...|...|...|...|...| Ville : .....  
 Mobile : 0...../...../...../..... Courriel : .....@.....  
 Tél. Domicile : 03/...../...../.....  LR Tél. Professionnel : 03/...../...../.....  
 Profession : .....

### — SUIVI MEDICAL

#### - Médecin Traitant -

NOM :  PRENOM :   
 Adresse : .....  
 Code Postal : |...|...|...|...|...| Ville : ..... Téléphone : 03/...../...../.....

#### - Informations -

Groupe Sanguin : ..... Rhésus : .....  
 Allergies : .....  
 Numéro de Sécurité Social :

|...|...|...|...|...| |...|

Complémentaire santé : .....  
 Numéro d'Adhérent : .....

**Précisez si votre enfant a eu ou s'il est sujet à :**

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Otites	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

#### - Vaccinations -

Précisez si votre enfant a subi les vaccinations suivantes :

Vaccin	Date vaccins	Date rappels	Vaccin	Date vaccins	Date rappels
DT POLIO	.....	.....	PRISE POLIO	.....	.....
DT COQ	.....	.....	ANTIVARIOLIQUE	.....	.....
TETRA COQ	.....	.....	ANTITUBERCULOSE (BCG)	.....	.....