

Royal  
Gembloux Sport



## FICHE SIGNALÉTIQUE DU JOUEUR

A retourner par mail ou en main propre pour le 31 août 2015 au responsable de l'équipe du joueur. Une fiche par enfant inscrit.  
Le R.G.S. se réserve le droit de ne pas aligner le joueur qui n'aura pas répondu à cette obligation.

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : ..... N° .....

CODE POSTAL : ..... LOCALITE : .....



.....



: ..... ou .....

NOM de la mère : .....  .....

NOM du Père : .....  .....

POIDS : ..... TAILLE : ..... POINTURE : .....

NOUVELLE affiliation (\*)

Déjà affilié au club de(\*) : ..... RGS ou autre club (transfert ou prêt) (\*)

CATÉGORIE : Diablotins / Pré-minimes / Minimes / Cadets / Scolaires / Juniors (\*)

(\*) Biffer les mentions inutiles

### Données médicales

Mutualité : .....

Nous vous rappelons que votre mutuelle intervient pour le remboursement d'une partie de votre cotisation

NOM du médecin traitant : .....

ADRESSE : .....



.....

# ROYAL GEMBOUX SPORT ASBL

Matricule : 2235

Couleurs : Blanc et noir

GROUPE SANGUIN : .....

Etat de santé actuel : Très Bon / Bon / Moyen

Est-il soigné par homéopathie ? OUI / NON

Est-il vacciné contre le tétanos ? OUI / NON

Date de la première injection : ..... / ..... / .....

Date du dernier rappel : ..... / ..... / .....

Prend-il des médicaments ? OUI / NON

Lesquels ? .....

A-t-il subi une intervention grave ? OUI / NON

Laquelle ? .....

Souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> maladie cardiaque	<input type="checkbox"/> affection de la peau	<input type="checkbox"/> maux de tête
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> saignement de nez	<input type="checkbox"/> vomissements
<input type="checkbox"/>			

Pour les affections retenues, quel est le traitement habituel / Comment réagir et quelles sont les précautions à prendre ? .....

.....  
.....

Est-il allergique ou sensible ...

à certains médicaments ? OUI / NON Lesquels ? .....

à certains aliments ? OUI / NON Lesquels ? .....

à autre chose (piqûres d'insectes,...) ? OUI / NON. Quoi ? .....

Porte-t-il des lunettes ? OUI / NON

Porte-t-il un appareil auditif ? OUI / NON

Souffre-t-il d'un handicap particulier ? OUI / NON Lequel ? .....

.....

Je soussigné(e) ..... , père / mère du joueur.

- Autorise le responsable du groupe (en cas d'urgence et dans l'impossibilité de me contacter) à prendre toute mesure médicale concernant mon enfant, mesure que le médecin jugerait nécessaire ;
- Autorise le responsable du groupe ou le club à utiliser des photos ou vidéos de moi-même, de mon enfant à des fins pédagogiques, publicitaires ou informatives susceptibles d'être utilisés dans des brochures ultérieures ou sur le site internet du club, sans compensation ;
- Autorise une tierce personne à conduire mon enfant dans un véhicule personnel dans le cadre des rencontres à l'extérieur des infrastructures du club.
  
- Déclare avoir pris connaissance des documents suivants :
  - Règlement d'ordre intérieur
  - Fiche signalétique du joueur
  - Cotisations
  - Renseignements utiles

Date et signature :

## Examen médical

Suite à l'examen médicale de ..... le ..... / ..... / ..... , je soussigné Docteur ..... déclare que les données médicales ci-dessus sont exactes et complètes et que l'enfant précité est apte à la pratique du football.

Cachet

Date et signature :