



## FICHE SANITAIRE

Madame, Monsieur, .....

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CP / VILLE : .....

N° TELEPHONE (pro ou perso) : .....

### MEDECIN TRAITANT

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CP / VILLE : .....

N° TELEPHONE : .....

### QUESTIONNAIRE SANTÉ "QS SPORT"

Je soussigné,..... , atteste sur l'honneur

avoir fourni un certificat médical datant de moins de 3 ans,

avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et

avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques, afin de renouveler ma licence FCD.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature du licencié :

**HOCKEY CLUB DES ARMEES**

Quartier Général LAURIER - Avenue Leclerc – 78650 BEYNES

[contact@lesfreresdarmeshockey.fr](mailto:contact@lesfreresdarmeshockey.fr)

06.76.01.01.76