



# Fédération Sportive et Gymnique du Travail

## Comité Départemental de la Haute-Garonne

### FICHE DE SUIVI MEDICAL

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_ Club : \_\_\_\_\_

Discipline(s) pratiquée(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Période de pratique : \_\_\_\_\_

Test choisi :

- Test d'aptitude de base et suivi médical
- Test d'aptitude de haut niveau et suivi médical
- Autres tests ou consultations

Choix : \_\_\_\_\_

Test réalisé :

- Test d'aptitude de base et suivi médical
- Test d'aptitude de haut niveau et suivi médical
- Autres tests ou consultations

Choix : \_\_\_\_\_

Signature Licencié(e)

Signature Comité

Signature Médecin