



Fédération Ivoirienne de Football

Commission de médecine du sport

Tél. STD (225) 21 24 00 27
Secrét (225) 21 24 10 72
Fax : (225) 21 25 95 52
(225) 21 24 43 08

Ville :
date

RECENSEMENT DES MEDECINS ET PARAMEDICAUX DES CLUBS

Club :

Principal

Nom :

Prénoms :

Qualité : Médecin IDE IDES Kinésithérapeute

N° ONMCI : (obligatoire pour les médecins)

Spécialité :

N° de téléphone :

Boite postale :

e-mail :

Lieu de résidence :

Lieu d'exercice :

(établissement, ville)

Année de début d'exercice en médecine du sport :

Date de début d'exercice dans le club actuel :

Énumérez les clubs dans lesquels vous avez exercé :

Cachet

Signature

Assistant

Nom :

Prénoms :

Qualité : Médecin IDE IDES Kinésithérapeute

N° ONMCI : (obligatoire pour les médecins)

Spécialité :

N° de téléphone :

Boite postale :

e-mail :

Lieu de résidence :

Lieu d'exercice :

(établissement, ville)

Année de début d'exercice en médecine du sport :

Date de début d'exercice dans le club actuel :

Énumérez les clubs dans lesquels vous avez exercé :

Cachet

Signature

Signature et cachet
du Président du club

* Fiche à remplir et à déposer à la commission de validation des licences