

**FORMULAIRE DE CONTACT AVEC LE MEDECIN FEDERAL  
ET LA COMMISSION MEDICALE NATIONALE DE LA FFCV**

**Ne pas adresser directement au secrétariat de la FFCV  
CONFIDENTIEL / SECRET MEDICAL**



Mais adresser le formulaire au médecin Fédéral de la FFCV par mail :

**ffcv.medecin@gmail.com**

NOM ..... PRENOM .....

Date de naissance ..... âge .....

N° de licence FFCV ..... Classe de char .....

Adresse .....

Mail ..... tél .....

Motif de votre demande :

Vous pouvez joindre tout document utile (compte-rendu, analyse de sang, imagerie,...)

**Antécédents**  
(médicaux, chirurgicaux allergies)

**Traitement en cours**

Poids ..... Taille .....

**Coordonnées du médecin traitant**

Je soussigné(e) .....  
autorise sans réserve le médecin fédéral et la  
Commission Médicale Nationale de la FFCV à  
prendre connaissance des données médicales  
ici présentes.

Le .....

Signature