



NOM PRENOM (en majuscule):

.....



Porter la fiche à un endroit visible

Mes coordonnées

N°Licence FFE :.....

Date de naissance :.....

Numéro de téléphone portable :.....

Adresse :.....

Personne à prévenir

NOM Prénom :.....

Parenté :.....

Téléphone :.....

Adresse :.....

Proche présent sur le site

NOM Prénom :.....

Téléphone portable :.....

Médecin traitant

NOM :

Prénom :

Numéro de téléphone :.....

Adresse :.....

Mes informations médicales

Groupe Sanguin et Rhésus si connus :

Antécédents médicaux et chirurgicaux à signaler :.....

Prothèse Dentaire :

- haut : oui non

- bas : oui non

Allergies connues :.....

Eventuel traitement en cours :