



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 :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....