



**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 :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....