



FICHE SANITAIRE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Femme Homme

POIDS : _____ Kg Taille : _____

N° sécurité sociale : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence (un contact obligatoire) :

Nom/ Prénom : _____ Téléphone : _____

Nom/ Prénom : _____ Téléphone : _____

Nom/ Prénom : _____ Téléphone : _____

Suivez-vous un **traitement médical** ? NON oui précisez : _____

(Joindre les ordonnances)

Allergies connues : _____

Autres informations : _____

Je certifie exactes toutes les informations ci-dessus.

J'autorise l'organisation du raid « la snaillée » à prendre toutes les dispositions médicales rendues nécessaires par mon état de santé.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :