



**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 :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....