

Fiche signalétique

Cours suivi :

VIGNETTE DE MUTUELLE

NOM ET PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE : RUE..... N°.....
 C.P..... LOCALITÉ :

ADRESSE MAIL :

2* SANTÉ

NOM DU MÉDECIN TRAITANT ET N° DE CONTACT : -/.....

GRUPE SANGUIN :

INDICATION(S) MÉDICALE(S) (SI IMPORTANTE(S)) :

LES INFORMATIONS DANS CETTE FICHE SONT RÉPUTÉES EXACTES ET COMPLÈTES. EN CAS D'URGENCE, ET DANS L'IMPOSSIBILITÉ DE JOINDRE UNE PERSONNE DE CONTACT, VOUS AUTORISEZ LE RESPONSABLE À PRENDRE TOUTE MESURE MÉDICALE QUI S'AVÉRERAIT NÉCESSAIRE.

3* PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉL PRIVÉ OU G.S.M.

4* DROIT À L'IMAGE

J' AUTORISE L' ORGANISATEUR À PUBLIER AU TRAVERS DE DIVERS MÉDIAS DES PHOTOS/ VIDEOS PRISES LORS DES COURS HEBDOMADAIRES OUI / NON

FAIT À, LE

CERTIFIÉ SINCÈRE ET VÉRITABLE
 SIGNATURE DE L' AFFILIÉ
