ENDURO IPONE MAYA
MARSEILLE MAROC

CADRE RESERVE N° de participant

FICHE MEDICALE

PHOTO

NOM : _____
Prénom : _____
N° DE LICENCE : _____

DATE DE NAISSANCE ..../..../19.... à : _____ Dépt : _____
ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____ MOBILE : _____
E-mail : _____
N° passeport : _____ N° de sécurité sociale : _____
Aéroport international le plus proche du domicile : _____
Personne à prévenir en cas d'accident : _____
adresse : _____

lien de parenté : _____ téléphone : _____

INFORMATIONS MEDICALES

ANTECEDENTS MEDICAUX : _____

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX _____

ANTECEDENTS TRAUMATIQUES _____

ALLERGIES _____

TRAITEMENT MEDICAL EN COURS _____

GROUPE SANGUIN _____ RHESUS _____