

Formulaire médical

Nom de l’athlète :

Date de naissance :

Adresse :

Qui contacter en cas d’urgence et numéros de téléphone :

Numéro de carte d’assurance maladie : \_\_\_

Numéro d’assurance médicale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergie connue :

Autre maladie importante :