

PASSEPORT SANTE



Club FOSSA MARIANA

Nom

Prénom

Date de naissance

N° de licence

Adresse

Personne à contacter en cas de nécessité :

Nom

Prénom

Tél

Médecin référent :

Nom

Adresse

Téléphone

N° de Sécurité Sociale :

Mutuelle :

Nom

N° adhérent

Groupe sanguin :

Traitements en cours :

Traitements à éviter :

Allergies connues :