



Fiche d'information médicale 2022-2023

• Identification adhérent

Nom : Prénom : Sexe : F M
Date de naissance : Lieu de Naissance :
Adresse :
Cp Ville :

• Couverture médicale & assurance

N° de licence : N° de Sécurité Sociale :
Le licencié a-t-il une assurance de responsabilité civile ? OUI NON
Si oui (joindre la photocopie) :
- Après de quel organisme :
- N° de police

• Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : Prénom : mobil :
Lien avec le licencié : tel maison : tel bureau :
Nom : Prénom : mobil :
Lien avec le licencié : tel maison : tel bureau :

• Médecin de famille

Nom : Prénom : Téléphone :
Adresse : CP : Ville :

• Vaccination & allergies

Vaccination antitétanique à jour : OUI NON date du dernier rappel :
Le licencié, souffre-t-il d'allergies : OUI NON
Si oui, lesquelles :
Groupe sanguin :
Traitement quotidiens (joindre photocopie de l'ordonnance) :
Consignes particulières :

• Prises en charge en cas d'accident

En cas d'accident, nous autorisez-vous à transporter le licencié en ambulance :

- Dans un centre hospitalier OUI NON
- Dans une clinique privée OUI NON

Je soussigné, autorise , n'autorise pas le bureau de l'ISCL ou son représentant à donner en mon nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où le licencié serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Date : Signature de la personne responsable précédée
de la mention « bon pour pouvoir »