

**FICHE SANITAIRE
ADULTES
USOL – SECTION VTT**

ÉTAT CIVIL

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

TEL PORTABLE :

TÉLÉPHONE FIXE :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM :

PRÉNOM :

TEL PORTABLE :

TEL FIXE :

LIEN DE PARENTÉ :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

MÉDECIN TRAITANT :

TEL :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

ALLERGIES CONNUES :

TRAITEMENTS EN COURS :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES OU HOSPITALSATIONS RÉCENTES :

AUTORISATION

Je soussigné(e), _____, adhérent(e) de l'association USOL, autorise les responsables à prendre les mesures médicales nécessaires en cas d'urgence, ainsi qu'à faire pratiquer une intervention chirurgicale selon avis médical.

FAIT À :

LE :

SIGNATURE :