

# Fiche de contact

## Licencié

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Code Postal:

Ville:

Téléphone:

Adresse Mail:

Je souhaite recevoir les mails informatifs sur les tournois sélectionnés par le club:

Oui  Non

## Médecin Traitant

Nom:

Téléphone:

## Personne à contacter en cas d'urgence

Nom:

Téléphone:

## Santé

Groupe sanguin:

Allergies:

Traitements en cours:

Maladies chroniques:

Autre remarques: