



FICHE SANITAIRE

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

N° TÉLÉPHONE DOMICILE :

N° TÉLÉPHONE PORTABLE :

N° TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :

MÉDECIN TRAITANT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

N° TÉLÉPHONE :

QUESTIONNAIRE SANTÉ "QS SPORT"

Je soussigné,, atteste sur l'honneur avoir fourni un certificat médical datant de moins de 3 ans, avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques, afin de renouveler ma licence FCD.

Fait à, le.....

SIGNATURE: