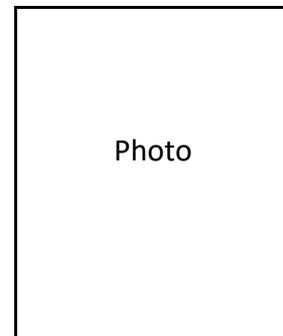




www.carpentrasgym.fr

04.90.60.61.52

carpentrasgym@sfr.fr



Photo

Adulte



Cadre administration

IDENTITE

Nom Prénom

Date de naissance / /

Adresse

Code Postal Ville

Email (*) @ (*) obligatoire

Tél.

Numéro de Sécurité Sociale

POLICE D'ASSURANCE

Nom Numéro

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom Prénom

Tél. Lien de parenté

- En cas d'accident, j'autorise les responsables du cours ou de l'association à me faire transporter par les pompiers au centre hospitalier le plus proche (pôle santé ou autre si déplacement)
- J'accepte que soit pratiquée une transfusion sanguine
- J'accepte que soit pratiquée une intervention chirurgicale

MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom

Adresse

Tél.

Fait à Carpentras, le / /

Signature