



FICHE de RENSEIGNEMENTS
du LICENCIÉ

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

N° de LICENCE : 06 56 041 ...

Photo récente

ADRESSE :

Code postal : Ville :

Téléphone FIXE :

Portable 1 :

Portable 2 :

MAIL :@.....

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

..... Téléphone :

Médecin Traitant : Téléphone :

Particularités médicales (Allergies/traitements/lentilles...)

.....

Groupe sanguin :