



FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR TOUT LICENCIÉ PRATIQUANT

A remplir très lisiblement SVP

Club Labellisé
Ecole de Natation FFN
natationliffre@gmail.com

Mme, Mlle,
Adresse: _____

Profession:
Employeur: _____

Personnel
 Portable
 Professionnel

Mr,
Adresse: _____

Profession:
Employeur: _____

Personnel
 Portable
 Professionnel

Pour les mineurs, représentants légaux de _____

Médecin et information(s) à connaître

Dr _____

Autres personnes à prévenir si urgence

Noms	<input type="radio"/> Téléphone
➤	
➤	
➤	

Je soussigné(e) autorise les services encadrant l'activité sportive à pratiquer les soins d'urgence; certifie d'autre part l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à prévenir le club de toute modification liée à cette fiche sanitaire (changement d'adresse, problème de santé, téléphones utiles).

Fait à, le

Signature _____
Lu et approuvé,