

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / URGENCE

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Lien de parenté : (père, mère, conjoint, etc)

Renseignement concernant le pilote :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Suivez-vous un traitement médical de longue durée ?

oui

non

Oui, préciser le type :

.....
.....

Etes-vous allergique ?

oui

non

Oui, préciser le type

.....
.....

Avez-vous des antécédents chirurgicaux ?

oui

non

Oui, préciser le type

.....
.....

Avez-vous des antécédents traumatiques sportifs ?

oui

non

Oui, préciser le type

.....
.....

Etes vous vacciné contre le Tétanos ?

oui

non

Date du dernier rappel

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCES

Je soussigné(e) (M) (Mme)

Autorise les responsables du Caen BMX à prendre toutes les mesures qu'ils jugeraient nécessaires pour préserver mon état de santé ou celui de mon enfant, (Nom, Prénom) :

.....

A

le

Signature