Membre n° :
N° sécurité sociale :

FICHE DE RENSEIGNEMENT MEMBRE

MEMBRE

NOM : _____ **Prénom(s) :** _____ **Sexe : M ☐ F ☐**

Né(e) le : …. / …. / …….. **Lieu de naissance :** _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____@_____

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle du membre)

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : _____ **Téléphone portable :** _____

Téléphone travail : _____ **Numéro de poste :** _____

Courriel : _____@_____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle du membre)

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone : _____ **Téléphone portable :** _____

Courriel : _____@_____

INFORMATIONS SANTE

Groupe sanguin :

Allergies : **Oui ☐** **Non ☐** **Lesquelles :**

Asthme : **Oui ☐** **Non ☐**

Le …. / …. / …….. à _____ .

Signature du membre : Signature des Parents : Signature du Président :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent
(Article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez e président.