



## MES DONNEES PERSONNELLES

**CONFIDENTIEL**

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Date de naissance :

N° de licence FFRandonnée :

Médecin traitant :

N° téléphone

Personne à contacter en cas d'accident – Lien de parenté :

Nom :

N° de téléphone :

MES TRAITEMENTS PERSONNELS (et leurs effets secondaires possibles) :

Toute autre information pouvant être utile :