



FICHE MEDICALE

Nom et Prénom.....

Adresse.....

Ville.....Code postal.....

Médecin et personnes à joindre en cas d'accident :

.....
.....
.....

Allergies et soins à ne pas administrer :

.....
.....

Je soussigné(e)

Autorise en cas de nécessité, les responsables de l'Aviron Club du Palais, à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions médicales.

Le Palais/ Vienne, le

Signature :