



Nom : .....

Carte annuelle

Prénom : .....

Carte trimestrielle

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Mail : .....

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone Domicile : .....Téléphone portable : .....

N° de sécurité sociale

.....

N° de mutuelle et organisme

.....

N° d'assurance responsabilité civile : ..... Compagnie : .....

**Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements inscrits sur cette fiche sanitaire.**

Fait à : ..... Le : .....

**Signature (s) précédée (s) de la mention « lu et approuvé » :**