

FICHE MEDICALE / MEDICAL INFORMATION

AUTO

CAMION

NUMERO de COURSE

MOTO

QUAD

SSV

ASSISTANCE

PILOTE

COPILOTE

Nom et prénom (Name and First Name):

Date de naissance (Date of birth):

Adresse permanente (Permanent adress)

Code postal (Zip code) :

Ville (Town) :

Pays (Country) :

Téléphone (Phone) :

Mobile :

E-mail :

N° passeport :

Aéroport International proche du domicile (international airport near home) :

Personne à contacter en cas accident (Person to contact in case of emergency) :

Parenté (Relationship) :

Téléphone (Phone) :

Ville (Town) :

Pays (Country) :

INFORMATIONS MEDICALES / MEDICAL INFORMATION

Antécédents médicaux (medical past history) :

Antécédents chirurgicaux (surgical past history) :

Allergies (allergy) :

Traitement médical (medical treatment) :

Groupe sanguin (Blood group) :

Assurance médicale complémentaire pour frais médicaux si hospitalisation et rapatriement (complementary medical insurance for medical fees in case of hospitalisation and repatriation):