

FICHE MEDICALE / MEDICAL INFORMATION

NUMERO DE COURSE/RACE NUMBER

MOTO QUAD SSV AUTO CAMION

PILOTE COPILOTE

Nom et prénom (Name and First Name):

Date de naissance (Date of birth):

Adresse permanente (Permanent address) 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 pasthistory)

Antécédents chirurgicaux (surgical pasthistory)

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) :