

# FORMULAIRE NUMERIQUE

- **ETAPE 1 :** Renseignez vos informations texte à l'écran et cochez les cases correspondantes à votre cas.
- **ETAPE 2 :** Imprimez et découpez autour du cadre extérieur puis pliez au format carte bancaire.

## PASSEPORT SANTE



12 rue des Pies BP 20  
38360 SASSENAGE  
Tél : 04 76 53 09 80

15

SAMU

17

Police  
Gendarmerie

18

Pompiers

112

Toutes  
urgences



La retraite sportive du Val d'Isère  
aux portes du Vexin français

CLUB SPORT SENIOR SANTE  
DE COURDIMANCHE

Adresse de messagerie du club :

**sportseniorcourdimanche@gmail.com**

Adresse du site internet du club :

**sportseniorcourdimanche.com**

Nom :  
Prénom

Tél fixe :  
Tél portable :

**N° licence FFRS :**

Siège : **64 boulevard des Chasseurs  
95800 Courdimanche**

Réf Club FFRS : **95008**  
N° Siret : **80 29 83 22 1000 10**

Présidente : **Elisabeth CHABOT**  
Tél : **06 80 30 69 27**

### Personne à contacter si nécessaire

Nom :  
Prénom :  
Tél :  
Médecin référent :

Tél

**DMP ° :**  oui  non  
°Dossier Médical Partagé

### ANTECEDENTS DE SANTE

*Cliquez ici pour taper du texte.*

Organisme SS

N° sécurité sociale :  
Mutuelle :  
Contrat  
N° adhérent :  
Tél :  
Mail :

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Groupe sanguin :  
Vaccinations :

Allergies :

Traitement(s) en cours :

Traitement à éviter :

### DEPISTAGE COVID-19

+ -

Test nasopharyngé   *Cliquez ici pour entrer une date.*

Test sérologique   *Cliquez ici pour entrer une date.*

### VACCINATION COVID-19

Rappel : 1 - 2 - 3 - 4  
Date dernier rappel :