

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 :