



GYM - ANNEE 2017 - 2018

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

N° TELEPHONE : N° PORTABLE :

E. MAIL :@.....

Assurance (nom et numéro de police) :

C2: Fitness avec Sandra le mardi 9h15 – 10h15

C3 : Stretching avec Sandra le jeudi 9h15 – 10h15

Demande d'attestation

OUI

NON

INFORMATIONS MEDICALES

NOM DU MEDECIN TRAITANT : N° DE TEL :

N° DE SECURITE SOCIALE :

CAISSE COMPLEMENTAIRE :

EN CAS D'HOSPITALISATION : (rayer la mention inutile) HOPITAL CLINIQUE

ADRESSE DU LIEU SOUHAITE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Allergies :

Asthme :

Traitement de fond :