

# CLUB CANOE KAYAK PERCHERON

Année 2022

Renseignements complémentaires individuels  
(restent confidentiels)



Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / .....

Adresse : .....

.....

*NE CONCERNE QUE LES PERSONNES MAJEURES*

En cas d'inconscience, j'autorise les médecins de la structure d'accueil à pratiquer sur moi tout acte médical (radio, anesthésie, intervention chirurgicale, transfusion sanguine...) nécessaire à mon bon état de santé.

Fait à ..... le .....  
Signature

Groupe sanguin : .....

Vaccin antitétanique (date dernière injection) : .....

Antécédents, allergies connues, opérations chirurgicales : .....

.....

Nom de la ou des personne (s) à prévenir : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Autres :