



Les randonneurs du Valois

N° LICENCE :

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

FRANCE

Personne à contacter en cas de nécessité

Nom: _____

Prénom: _____

Port : _____

Dom ou Bur: _____

Médecin référent: **Dr** _____

Tél: _____

N° Sécurité sociale: _____

Mutuelle: _____

N° adhérent: _____

Groupe sanguin : _____

Vaccinations: _____

Traitement à éviter: _____

Traitement(s) en cours: _____

Allergies: _____