



Passeport Santé FFRS

Fédération Française de la Retraite Sportive

12 rue des Pies BP20 38360 SASSENAGE

Tél. : 04-76-53-09-80 Fax : 04-76-27-46-84

Email : ffrs38@free.fr http://ffrs-retraite-sprtive.org

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**FRANCE**

Tél fixe : \_\_\_\_\_

**Personne à contacter en cas de nécessité**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Port : \_\_\_\_\_

Dom ou Bur : \_\_\_\_\_

Médecin référent : **Dr** \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

N°sécurité social : \_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_

N° adhérent : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Vaccinations : \_\_\_\_\_

Traitement à éviter : \_\_\_\_\_

Traitement(s) en cours : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_