

Photo
d'identité

Club Cyclotouriste Longuyonnais



Fiche sanitaire de liaison

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance _____

N° de téléphone portable: _____ N° de téléphone fixe : _____

Adresse :

E-mail: _____

Assurance
Responsabilité Civile

Nom de la compagnie
N° de contrat
Adresse

Organisme de prévoyance
(sécurité sociale)

N° d'immatriculation
Nom
Adresse

Organisme complémentaire
(mutuelle)

Nom de la compagnie
N° de contrat
Adresse

Fait à _____, le _____ Signature