



# 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