



**AGESSA (ASS GALA ECOLE SERVICE DE SANTE ARMEES)**

331 avenue du général de Gaulle

CS 52 501

69675 BRON CEDEX

04 72 36 40 55

galasantard@gmail.com

## DOSSIER SPORTIF

*Les informations renseignées dans ce formulaire ne pourront être utilisées qu'en cas de besoin et uniquement par le personnel compétent afin de faciliter votre prise en charge médicalisée.*

### 1 – INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Personne à contacter en cas de problème :

Numéro de cette personne :

### 2 – INFORMATIONS MÉDICALES

Groupe sanguin :  A<sup>+</sup>       A<sup>-</sup>       B<sup>+</sup>       B<sup>-</sup>       O<sup>+</sup>  
 O<sup>-</sup>       AB<sup>+</sup>       AB<sup>-</sup>

Traitement en cours : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :