

Secours : 112

Pompiers : 18

SAMU : 15

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse :

Année de naissance : \_\_\_\_\_

**Personne à contacter en cas de nécessité  
(en cas d'urgence)**

Nom :

Prénom :

Tél. :

Médecin référent :

Tél. Portable :

**Groupe sanguin :**

**Groupe : \_\_\_\_\_**

**Traitement en cours**

date de la prescription (ou copie de l'ordonnance et /  
ou coordonnées du médecin)

Vaccin antitétanique (date) : 3

**Médicaments à éviter**

**Allergies**

2

**Numéro de sécurité sociale**



**Comité Départemental de  
Cyclotourisme du Val d'Oise**

*le tourisme à vélo*