

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