



N° d'affiliation :

Date :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CAVALIERS CRT ASBL

A compléter très lisiblement. Merci.

Nom :Prénom :.....

Adresse :

.....

Date de naissance :.....

Téléphone :.....GSM :.....

Adresse e-mail :

Nom et téléphone du médecin traitant :.....

Date du dernier vaccin tétanos :

Groupe sanguin :

Informations importantes :

.....