

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SAISON 2018-2019**

COURS DE GYMNASTIQUE

PILATES

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../

Adresse :

Mail : Téléphone : /... /... /... /...

Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence :

Téléphone : /... /... /... /... Mobile : /... /... /... /...

Renseignements médicaux :

Médecin traitant :

Groupe Sanguin :
Poids :
Taille :
Antécédents médicaux :
Antécédents de chirurgie :
Allergies connues :
Autres précision utiles :

Fait à Amplepuis le

Signature

Certificat médical