

B.R.O.C : DONNEES PERSONNELLES

NOM :

PRENOM:

Adresse :

Code Postal + Ville :

Date de naissance :

Téléphone personnel :

GSM:

Email:

PARRAINE PAR :

Médecin de famille :

Téléphone du médecin :

Allergies

Traitements en cours

AUT

OUI/NON

Remarques particulières

POUR LES MINEURS

Peut boire de la bière:

OUI/NON

Fumeur :

OUI/NON

Divers:

Personne responsable à joindre en cas d'urgence:

NOM :

TELEPHONE:

Email: