



Nom, prénom

Photo

Nom, Prénom

Téléphone

Adresse

n° licence FFRS _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

1 Nom_

Prénom_

Téléphone _____

2 Nom_

Prénom_

Téléphone _____

n° sécurité sociale

Mutuelle : nom, n°

Traitement en cours

Médicaments à éviter :

Allergies :

Groupe sanguin :

Médecin traitant,

Nom

N° tél :

Siège Social 37 rue Léonce Mailho 17000 LA ROCHELLE – 09 51 17 08 89J
Accueil physique et accueil téléphonique au siège, le mardi de 10h00 à 12h00
Internet : <http://www.arsa17.fr/> n° SIRET : 448743300200011

L'Arsa vous demande d'avoir en permanence sur vous ce passeport santé.

Il accompagnera utilement votre carte d'adhérent et votre carte vitale.

Il apportera une information précieuse en cas de nécessité, aux services de secours et facilitera votre prise en charge.

Nous souhaitons vivement n'avoir jamais à utiliser ce passeport, et vous souhaitons une très bonne activité sportive !

*A découper
et plier en accordéon*