



FFRS – 12 rue des Pies – CS 50020 38361 SASSENAGE CEDEX Passeport santé du BARS	
Nom et prénom de l'adhérent .....	
Adresse ..... .....	
N° de licence .....	
Téléphones fixe..... portable.....	
Personne à contacter en cas de nécessité Nom et prénom ..... Téléphone .....	
Nom du médecin référent ..... Téléphone .....	
N° de Sécurité Sociale .....	
Mutuelle ..... .....	
Médicaments à éviter ..... ..... .....	
Allergies ..... ..... ..... .....	
Prothèses ..... .....	
Date du dernier vaccin antitétanique .....	
Traitement en cours ..... ..... ..... .....	

FFRS – 12 rue des Pies – CS 50020 38361 SASSENAGE CEDEX Passeport santé du BARS	
Nom et prénom de l'adhérent .....	
Adresse ..... .....	
N° de licence .....	
Téléphones fixe..... portable.....	
Personne à contacter en cas de nécessité Nom et prénom ..... Téléphone .....	
Nom du médecin référent ..... Téléphone .....	
N° de Sécurité Sociale .....	
Mutuelle ..... .....	
Médicaments à éviter ..... ..... .....	
Allergies ..... ..... ..... .....	
Prothèses ..... .....	
Date du dernier vaccin antitétanique .....	
Traitement en cours ..... ..... ..... .....	