



FICHA MÉDICA / MEDICAL INFORMATION

(a enviar a / to be sent back to asmedsport@free.fr)

- MOTO QUAD SSV ASSISTANCIA ACOMPAÑANTE
 PILOTO COPILOTO

Apellido y Nombre (Name and First Name):

Fecha de nacimiento (Date of birth):

Dirección permanente (Permanent address):

Código postal (Zip code):

Ciudad (Town):

País (Country):

Teléfono (Phone):

Móvil / Mobile:

E-mail:

Nº pasaporte:

Aeropuerto Internacional cercano al domicilio (international airport near home) :

Persona de contacto en caso de accidente (Person to contact in case of emergency) :

Parentesco (Relationship) :

Teléfono (Phone) :

Ciudad (Town) :

País (Country) :

INFORMACIONES MÉDICAS / MEDICAL INFORMATION

Antecedentes médicos (medical past history) :

Antecedentes quirúrgicos (surgical past history) :

Alergias (allergy) :

Tratamiento médico (medical treatment) :

Grupo sanguíneo (Blood group) :

Rhésus :

Seguro médico complementario para gastos médicos en caso de hospitalización y repatriación
(complementary medical insurance for medical fees in case of hospitalisation and repatriation) :