

CCFF de

ADHESION INDIVIDUELLE



Nom :

Prénom :

Né(e)le : A

Nationalité :

Situation Familiale :

Profession :

Adresse :

Code Postal..... Ville.....

N° de Téléphone: N° de Mobile :.....

E-Mail :

N° Sécurité Sociale : /

☞ En cas d'accident :

Personnes à prévenir : Nom :
tél. :

☞ Problèmes particuliers de santé (ex : allergie, etc....) :
.....
.....

☞ Accepteriez-vous d'être hospitalisé(e) en cas d'accident ?

Oui Non

☞ Quel médecin désirez vous solliciter en cas d'urgence ?

Docteur
tél. :

☞ Sinon acceptez-vous que nous fassions appel au Docteur le plus proche ?

Oui Non

A.....,

le20.....

Signature.

A.D.C.C.F.F. 13

Domaine du Petit Arbois

Pavillon Marconi

Rue Louis Philibert

BP 30 084

13 545

Aix en Provence cedex 4

tel : 04 42 90 49 10

fax: 04 42 90 49 11

Email

adccff13@comites-feux.com