**Fiche de Renseignements:**

***Licence 2019 - 2020***

Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

**Coordonnées:**

Adresse:

Code Postal: Ville:

Téléphone: - Fixe:

 - Portable:

Email:

**En cas d'Urgence:**

Personne à prévenir:

Téléphone:

**Antécédents Médicaux:**

Hospitalisation: OUI NON Si oui pourquoi:

Traitement (Médicaments): OUI NON Lequel :

**Assurance (en cas d’accident sur le tatami)\***

Nom de votre mutuelle :

N°de votre contrat :

Votre N° de sécurité sociale :

**\*Renseignements demandés en cas de déclaration d’accident à faire à la FFKDA**

**Merci de joindre à ce formulaire un certificat médical valable pour l’année.**