

# Défi Spi 2017

## Formulaire d'inscription



Merci de  
joindre  
une photo

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Homme / Femme

Adresse :

---

### Mutuelle et sécurité sociale

Nom :

N° de contrat :

Tél :

N° de sécurité sociale :

---

### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom et prénom :

Adresse :

Tél :

---

### Renseignements médicaux

#### 1) Allergies :

Asthme : oui / non

Médicamenteuses : oui / non

Alimentaires : oui / non

Autres :

Si oui, précisez la nature de l'allergie et la conduite à tenir :

#### 2) Autres informations médicales à porter à la connaissance de l'organisateur :

*En cas de traitement médical, vous devez être en possession de vos ordonnances.*

**La Carte Européenne d'Assurance Maladie est impérative pour obtenir la prise en charge de vos frais médicaux en Belgique.**

---

Je soussigné .....

1. autorise l'organisation du Défi Spi en cas d'accident : à me faire transporter par les services d'urgence ; à faire pratiquer suivant les prescriptions du corps médical, les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale. Je m'engage à rembourser les frais médicaux engagés.
2. autorise l'organisation du Défi Spi à me transporter en voiture.
3. autorise la diffusion de photos, vidéos ou tout autre document sur lequel je pourrai figurer dans le cadre des activités du diocèse.(\*)
4. reconnais que l'organisation ne serait être tenue pour responsable en cas de perte, de détérioration ou de vols d'objets de valeur.

Fait le ..... à .....

(écrire à la main la mention « lu et approuvé »)

Signature

\* rayez si vous ne souhaitez pas donner cette autorisation.