

A envoyer à :

DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE

FMWB
Chaussée de Louvain 550/7
1030 Bruxelles
Fax : 02/732.14.88

EPREUVE:

NOMBRE DE MEDECINS DESIRE : REANIMATEUR(S) :
CHIRURGIEN(S) :

Date(s)			
Heure	début	fin	(1er jour)
	Début	fin	(2èmejour)

Prévoir présence du/des médecins 1 H avant et ½ H. après la course. (Décision directeur de course)

Lieu de rendez-vous (remettre plan) :

ORGANISATEUR:

Directeur de course :
Directeur de sécurité :
Moyens sur place (Croix-Rouge, ...) :

NB : L'organisateur s'engage par la présente à respecter les conditions FMB-Comité Médical.

PERSONNE DE REFERENCE : le courrier lui sera adressé.

NIVEAU DE RESPONSABILITE :
NOM:

ADRESSE:

TELEPHONE:

FAX:

E-MAIL :

Signature et date.

NB: Confirmation vous sera adressée par FAX.