

Licence N° :
 (à remplir par la FIM/CMI)



Curriculum Vitae

Nom: Prénom: Titre:

DdN: (Date de naissance) FMN:

Spécialisation:

Adresse:

Tél. prof. FAX- prof.

Tél. privé FAX - privé

Adresse E- Mail:

Lieu de travail:

Cabinet

Hôpital

autre

J'ai débuté en tant que médecin en sports motocyclistes en : (année)

Activités en sports motocyclistes en tant que médecin dans les 3 dernières années :

Manifestation	Fonction	Année

Date:

A RETOURNER A LA FIM/CMI