

Association Motocycliste de l'Outaouais

Informations en cas d'urgence

Nom : _____

Personne à contacter: _____

Allergie(s): _____

Condition(s) médicale(s): _____

Autre(s): _____

Association Motocycliste de l'Outaouais

In case of emergency

Name: _____

Contact: _____

Allergie: _____

Medical Condition: _____

Other: _____

Association Motocycliste de l'Outaouais

Informations en cas d'urgence

Nom : _____

Personne à contacter: _____

Allergie(s): _____

Condition(s) médicale(s): _____

Autre(s): _____

Association Motocycliste de l'Outaouais

In case of emergency

Name: _____

Contact: _____

Allergie: _____

Medical Condition: _____

Other: _____
