Fiche d'informations médicales

Merci d'avoir sur vous cette fiche médicale.
Pour les secours, en cas de problème

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse actuelle : .....
.....
Tél : .....

Date de naissance : ..... Age : .....
Taille : ..... Poids : .....

Médecin traitant : .....
Tel médecin : .....
Groupe sanguin : .....
Numéro sécurité sociale : .....

Traitement(s) en cours et dosage :

-
-
-
-
-
-

Antécédents médicaux :

-
-
-
-
-

Allergies :

-
-
-
-
-

Personne à contacter en urgence :

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse de la personne : .....
Portable : .....
Fixe : .....

Fait le : **Signature :**

CONFIDENTIEL