

## FICHE MÉDICALE PERSONNELLE DÉTAILLÉE

Cette fiche est personnelle et n'a pas à être divulguée, Gardez-la dans votre sac à dos. Elle pourra être consultée en cas de secours. Joindre l'ordonnance de votre prescription médicale ou alimentez la rubrique "Vos médicaments". Barrez les rubriques vides afin que l'on sache que ce n'est pas un oubli.

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Né(e) le :</b>		<b>Groupe sanguin :</b>	
<b>Adresse :</b>			

**ALLERGIES CONNUES :**

**Appareil dentaire :** ☐ Mettre "OUI" ou barrer d'une croix **Lentilles :** ☐ Mettre "OUI" ou barrer d'une croix

## PATHOLOGIE :

**Médecin traitant :** Nom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

[illegible]

Personnes à prévenir	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Téléphone	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Téléphone	

Personne de confiance :	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Téléphone :	