

## ***FICHE MEDICALE***

**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 :

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 :**