IDENTITE

NOM …………………………………………. PRENOM ……………………….

ADRESSE ……………………………………………………………………………………....

N° DE TELEPHONE ……………………………………………………………..

EN FONCTION DE VOTRE ETAT DE SANTE

Quels sont les signes qui peuvent survenir ?

Exemple : malaises, perte de connaissance, crise d’étouffement, fatigue soudaine etc …

……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

Allergies :…………………………………………………………………..……..

Groupe sanguin ………………………………………………………………….

LES GESTES A PRATIQUER : ………………………………………………..

ENDROITS OU MES MEDICAMENTS ET L’ORDONNANCE SONT CONSERVES (poche veste, sac) ……………………………………………..

COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR

NOM ………………………………………………… PRENOM ……………….

Téléphone (fixe ou portable) ……………………………………………………

LIEN DE PARENTE………………………………………………………………

MON MEDECIN

NOM ………………………………………… Tél fixe ………………………….

Tél portable ………………………………….