

## FICHE MÉDICALE

**Nom Prénom (en majuscule) :** .....

**Mes coordonnées :**

- Numéro de licence : .....
- Date de naissance : .....
- Numéro de téléphone portable : .....
- Adresse : .....
- .....

**Personnes à prévenir :**

- Nom prénom : .....
- Parenté : .....
- Téléphone : .....
- Adresse : .....

**Proche présent sur le site :**

- Nom Prénom : .....
- Téléphone portable : .....
- 

**Médecin traitant :**

- Nom : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Adresse : .....
- .....

**Mes informations médicales :**

- Groupe sanguin et Rhésus si connus : .....
- Antécédents médicaux et chirurgicaux :  
.....  
.....  
.....
- Prothèse Dentaire :  
Haut :    oui            non    (Entourez la réponse)  
Bas :     oui            non    (Entourez la réponse)
- Allergies connues :  
.....  
.....
- Eventuel traitement en cours :  
.....  
.....
- Remarques/autres :  
.....  
.....