



FICHE MÉDICALE : Pour les personnes ayant 18 ans ou plus

<u>1.Nom :</u>	
<u>2.Prénom :</u>	
<u>3.Groupe :</u>	

4. Toutes les données recueillies sur cette fiche seront traitées avec discrétion et cette feuille sera détruite après un an.

5. Adresse (n° et rue) : _____ 6. Code Postal : _____

7. Localité _____ 8. Téléphone : _____

9. Matricule : _____ 10. Caisse de maladie : _____

11. Date de la dernière vaccination contre le tétanos (N.B. : Un rappel est nécessaire tous les 10 ans.) : _____

12. Antécédents médicaux et chirurgicaux, handicaps

--

13. Allergies (aliments, plantes, animaux, médicaments,...)

14. Traitement éventuel

--	--

15. Médicaments devant être pris régulièrement (p.ex. tous les jours), avec le dosage

--



16. Régime particulier éventuel

17. Qui contacter en cas d'urgence ?

18. Nom et prénom : _____ 19. Téléphone : _____

20. Lien de parenté avec cette personne : _____

18. Nom et prénom : _____ 19. Téléphone : _____

20. Lien de parenté avec cette personne : _____

21. Médecin traitant :

22. Nom et prénom : _____ 23. Téléphone : _____

24. Remarques supplémentaires :

25. Décharge :

Au cas où mon état de santé réclamait une décision urgente, et à défaut de pouvoir moi-même prendre cette décision, je laisse l'initiative au médecin traitant pour le choix de tout examen, traitement médical ou intervention chirurgicale qu'il jugera nécessaire.

26. nom et prénom

27. Date

28. Signature

29. Prière de joindre une copie récente de la carte de vaccination.

30. Prière de joindre une copie des deux faces de la carte de Sécurité Sociale.

