

FICHE INDIVIDUELLE D’INFORMATIONS

A conserver sous fiche transparente au fond du sac

**NOM**

**PRENOM**

**DATE de Naissance**

**Taille POIDS Groupe Sanguin**

**Adresse**

**Téléphone fixe** **Mobile**

**Numéro de sécurité sociale**

**Mutuelle**

**Nom du médecin Traitant**

**Traitement suivis**

**Allergies connues**

**Prothèses : Pacemaker dentaire hanche genou auditive etc**

**Autres informations**

**Personne à prévenir en cas de besoin** :

**Nom Prénom**

**Adresse**

**Numéro de téléphone fixe et mobile**

**En cas de nécessité d’hospitalisation nom de l’établissement souhaité**