



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