

Fiche de renseignements:

Nom :

Prénom :

Date de naissance:/...../.....

N° de sécurité sociale:

Médecin traitant:

N° de téléphone:

Infirmière: Tél:

Groupe Sanguin:

Personne à contacter en cas d'urgence:

.....

N° de téléphone:

.....

Avez-vous une/des pathologie(s) :

Allergie : Respiratoire:

Cutanée:

Alimentaire:

Asthme

Eczéma, urticaire

Epilepsie

Diabète

Problème de dos, scoliose ou autre

Si oui, précisez:

Maladie ostéo-articulaire, épaule, genoux, cheville

Si oui, précisez:

Hypertension

<input type="checkbox"/> Sensoriel	problème de vue	porte des lunettes
	Problème d'audition	appareillée

Cardiaque

Toutes maladies ou pathologies, accident qui vous semblent importantes à nous communiquer:

.....
.....
.....

Avez-vous subi des opérations chirurgicales?

- Oui Si oui, précisez:.....
- Non
-
-
-

➤ Avez-vous un suivi psychologique? Oui Non

Si oui, précisez:.....

➤ Suivez-vous un traitement médical? Oui Non

Si oui, précisez :.....

➤ Avez-vous un régime alimentaire particulier? Oui Non

Si oui , précisez:

Toutes informations nécessaires pour votre prise en charge par les services de secours:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N'oubliez pas de mettre vos ordonnances dans votre box santé.