



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom _____
Prénom _____
N° se sécurité sociale _____

Allergies et allergies médicamenteuses

-
-
-
-

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom
Numéros de téléphone

*(Rayer la mention inutile)

- * J'autorise les interventions chirurgicales en cas d'urgence
- * Je n'autorise pas les interventions chirurgicales en cas d'urgence

Je certifie que les données transmises sont correctes et que je suis le seul responsable en cas de problèmes dus à un mauvais renseignement venant de ma part.

Fait à le

Mention lu et approuvé a ajouté