

FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE

Nom : Prénom : Né(e) le

Adresse : Rue N° Bte

Localité : CP : Tél :

N° de sécurité sociale : N° de mutuelle :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Adresse :

..... Tél :

Nom – Adresse :

..... Tél :

Médecin traitant

Nom – Adresse :

..... Tél :

Informations médicales confidentielles

Êtes-vous atteint de :

- Diabète Asthme Affection cardiaque
 Affection cutanée Handicap moteur Autre(s)

Si oui, précisez :

.....

Fréquence et gravité :

.....

Êtes-vous allergique à certaines matières, aliments, insectes, médicaments etc. ? Oui/Non

Si oui, lesquels ?

Avez-vous un régime alimentaire particulier ? Oui/Non

Si oui, lequel ?

Êtes-vous sous traitement médicamenteux ? (Allopathie, médecine *naturelle*, pilule contraceptive, etc.) ? Oui/Non

Si oui, lesquels ?

Avez-vous été vacciné contre le tétanos ? Oui/Non (date du dernier rappel)

Avez-vous reçu le sérum antitétanique ? Oui/Non (en quelle année ?)

Groupe sanguin : Rhésus :

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....

.....