EN CAS D'ACCIDENT

INFORMATIONS PERSONNELLES, MEDICALES, ET DISPOSITIONS A PRENDRE...

(Il est recommandé d'être en possession de ce document personnel lors des sorties et activités extérieures)

Document à tenir régulièrement à jour

NOM:	Prénom :	**************
NE LE :	A:	14.44.4.4.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1
PERSONNES A PREV	ENIR EN CAS D'ACCIDENT : (NOM Prénom / lien de parenté ou autre / contact téléphone /	mail)
A7.04.02.02.02.02.02.02.02.02.02.02.02.02.02.		
	on préciser :	
PERSONNE DE CONF	FIANCE: (NOM Prénom / lien de parenté ou autre / contact):	
Un double de mes c	efs est déposé chez (NOM Prénom / lien de parenté ou autre / contact) :	
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	c avec mes affaires de premières nécessité pour le cas où je serais hospitalisé ?	oul / non
	imal de compagnie : oui / non er ? (NOM Prénom / lien de parenté ou autre / contact téléphone / mail)	************
N° SECURITE SOCIAL	E:	
Assurance, Assistance	Ce (organisme / références / contact) :	
Makanan Makanan Pangaran Panga		
Mutuelle : (organisme	/ références /contact) :	.>.>.>.
		\$\$1.45.54 9 4.600 (52. 8 0.600
AUTRES INFORMATI	ONS QUE JE SOUHAITE FAIRE CONNAITRE :	
······································		
************************************		.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

MEDECIN TRAITANT : (NOM Prénom / ville / contact) :		
MEDECIN(S) SPECIALISTE(S) POUR PATHOLOGIES EN COURS : (Spécialité / NOM Prénom / ville / contact) :		
JE SUIS ALLERGIQUE A :		
JE PRENDS REGULIEREMENT LES MEDICAMENTS SUIVANTS : (j'indique le nom, le dosage et la fréquence)		
JE SOUFFRE DE : (j'indique mes pathologies, mes maladies / traitements / médecin qui me suit si différent du médecin traitant)		
MES DISPOSITIFS MEDICAUX, IMPLANTS, PROTHESES:		
MES HOSPITALISATIONS SUR LES 5 DERNIERES ANNEES :		
AUTRES VOLONTES QUE JE SOUHAITE EXPRIMER :		