

INFORMATIONS MEDICALES CONFIDENTIELLES

LE RANDONNEUR

NOM : PRENOM :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de naissance : N° Sécurité Sociale :

Nom mutuelle : N° adhérent mutuelle

Adresse mutuelle :

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM : PRENOM :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Parenté :

Téléphone : Portable :

INFORMATIONS MEDICALES

Affections chroniques :

.....

Médicaments pris régulièrement (préciser les anticoagulants) :

Nom : Dose :

Nom : Dose :

Nom : Dose :

Allergies connues :

.....

.....

Implants – prothèses :

.....

.....

Groupe sanguin (joindre copie carte) :

Informations particulières :

.....

.....