

**FICHE SANTE**

(à renseigner et à conserver obligatoirement dans son sac à dos )

**Nom** :.....**Prénom** :.....

**Date et lieu de naissance** :.....

**Adresse** :.....

.....

.....

**N° de téléphone : fixe** :.....**Portable** :.....

**N° sécu** :.....**Groupe sanguin** :.....

**Nom, adresse et N° de mutuelle** :.....

.....

**Etes-vous allergique à un ou plusieurs médicaments ? Lesquels ?**

.....

**Traitement en cours ?** .....

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT :**

**Nom** :.....**Prénom** :.....

**Adresse** :.....

.....

**N° de téléphone : fixe** :.....**Portable** :.....

**Nom** :.....**Prénom** :.....

**Adresse** :.....

.....

**N° de téléphone : fixe** :.....**Portable** :.....