



Photo

### Renseignements personnels

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de Sécu :

/ / / / / / / / / / / /

### Antécédents médicaux et chirurgicaux

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Allergies

#### De quelle(s) allergie(s) souffrez-vous ?

Allergie 1 : .....

Allergie 2 : .....

#### Allergies médicamenteuses

Médicament 1 : .....

Médicament 2 : .....

Médicament 3 : .....

### Traitements – Date de mise à jour..... Quels traitements prenez vous aujourd'hui ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Médecin Traitant

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

### Mon dossier médical est rangé

Indiquez l'endroit dans le logement :

.....

### Hôpital / Clinique

Si cela est possible, je souhaite être  
emmené en cas d'urgence à :

.....

### Parent proche / contact n° 1

Nom, Prénom : .....

Adresse:.....

.....

Téléphone: .....

Lien de parenté : .....

### Parent proche / contact n° 2

Nom, Prénom : .....

Adresse:.....

.....

Téléphone: .....

Lien de parenté : .....

### Personne aidante à contacter

Nom, Prénom : .....

Adresse:.....

.....

Téléphone: .....

### Animal domestique

A qui le confier : .....

Date : .....signature:.....