Fiche médicale individuelle

Données personnelles

Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Adresse			
Groupe Sanguin		Poids	
Rhésus		Taille	

Personnes de contact

Nom	
Prénom	
Téléphone	
Email	

Nom	
Prénom	
Téléphone	
Email	

Médecin traitant

Antécédants médicaux

Etes-vous atteint de (entourez) :

Diabète	Epilepsie	Somnambulisme	
Affection cardiaque	Rhumatisme	Autres (précisez) :	
Hypertension artérielle	Affection cutanée		

Avez-vous été atteint de maladie grave ? si oui, la(les) quelle(s) ? En quelle année ?

Antécédants chirurgicaux

Quelle(s) intervention(s) avez-vous subie(s) ? En quelle année ?

Vaccination

Êtes-vous à jour du vaccin contre le Tétanos ?	OUI	NON
Date du dernier rappel		

Médication actuelle

Nom du médicament	Dose	Fréquence

Autres informations utiles

Ces renseignements sont confidentiels et conservés sous enveloppe scellée. Ils ne sont en aucun cas utilisées à d'autres fins ou transmises à des tiers. Celle-ci ne sera transmise qu'au médecin intervenant ou au personnel soignant tenus au secret médical. Elle sera détruite à la fin du séjour. Je suis informé que je peux retirer mon consentement à tout moment avant le départ, et demander l'accès, la rectification ou la suppression de mes données.

Date :

Signature