

FICHE SANITAIRE

Nom :

Prénom :

Date de naissance:

• **Groupe sanguin :**

Merci de répondre que si vous êtes certain de votre groupe sanguin..

A+ A- O+ O- Autre :

• **Problèmes de santé :**

A titre de prévention nous vous remercions de bien vouloir nous signaler si vous avez souffert ou souffrez encore de problème de santé. Plus particulièrement :

Problèmes cardiaques, angine de poitrine, luxation fréquente d'articulations, allergies, asthme, épilepsie etc.

.....

• **Y a-t-il des aliments que vous ne pouvez pas manger ?**

.....

• **Remarques :**

.....

Nom de votre assurance accident :

Adresse de votre assurance :

Tél :

Nom de votre assurance rapatriement :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Lien de parenté :