



FICHE DE SANTE ET D'URGENCE
« En cas d'urgence »

NOM de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent:

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

NUMEROS DE TELEPHONE EN CAS D'URGENCE

Père

Mère

Domicile :

Domicile :

Portable :

Portable :

Travail :

Travail :

Autre personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom :

Téléphone :

Nom :

Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone :

Maladies et/ou allergies connues :

, Autorisation de transfert à l'hôpital le plus proche en cas d'urgence

ASSURANCES

NOM :

N° de Police :

Adresse :

SIGNATURE :