



FICHE DE SANTÉ

Ce document est strictement personnel et ne sera connu ou exploité qu'en cas de nécessité. Gardez-le dans la poche supérieure de votre sac pour que nous puissions le trouver plus facilement en cas de besoin.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénom :

Téléphone :

Email :

Adresse :

Date de naissance : ... / ... /

Genre : ☐ Femme ☐ Autre

Numéro de licence :

PERSONNE À PREVENIR

Nom et prénom :

Lien :

Téléphone :

Adresse :

MUTUELLE ET ASSURANCE

Nom :

Numéro de contrat :

HISTORIQUE MÉDICAL

Nom du médecin traitant :

Groupe sanguin :

Téléphone :

☐ Anxiété

☐ Asthme

☐ Hypertension

☐ AVC

☐ Arthrose

☐ Diabète T1 ☐ T2 ☐

☐ Stent

☐ Dépression

☐ Problème cardiaque - Précisez :

☐ Prothèse - Précisez :

☐ Migraine

☐ Hémophilie

☐ Rien à signaler

☐ Autres :

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ACTUELS

Avez-vous des allergies ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

☐ Cancer

☐ Diabète

☐ AVC

☐ Autre - Précisez :

☐ Problème cardiaque - Précisez :