

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse ou lieu de vie :

### PERSONNE A PREVENIR

N°1 :

Fixe :

Portable :

N°2 :

Fixe :

Portable :

N° CP ou SS :

Nom assurance :

Numéro de contrat :

Avez-vous une pathologie qui demande un traitement d'urgence ?

oui

non

Si oui, lequel :

Avez-vous sur vous une ordonnance pour un traitement ?

oui

non

Prenez-vous régulièrement de l'aspirine ?

oui

non

Etes vous allergique à un médicament ou autre ?

oui

non

Si oui, lequel :