

FICHE D'URGENCE

Fiche de liaison d'urgence

Strictement personnelle et confidentielle, à l'unique destination de la direction

Mieux vaut prévenir que guérir, pour votre propre sécurité, merci de remplir sérieusement cette fiche.

Identification du membre :

N° de membre : _____ Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

Date de Naissance : __/__/____ Lieu de Naissance : _____ Sexe : _____

Adresse postale (complète) : _____

E-mail : _____ Tél. : + _____

Le membre dispose-t-il d'une carte vitale ? Oui Non

Si oui, merci de joindre une photocopie recto/verso en couleur.

N° de sécurité sociale (si possédé) : _____

Adresse complète du centre de sécurité sociale dont dépend le membre (si assuré) :

N° et adresse de complémentaire santé (mutuelle) - (si assuré) :

Renseignements sur le membre :

Taille : _____ cm || Poids : _____ kg

Allergies (cocher si positif) :

Alimentaires : _____

Médicamenteuses : _____

Autres (animaux, pollen, plantes...) : _____

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le membre présente-t 'il un problème de santé ? Oui Non

Si oui, précisez-le ou les problèmes rencontrés et les conduites à tenir/médicaments/traitements correspondants :

N'hésitez pas à joindre les ordonnances en cas de prise de médicament sur une période de prestation afin de prévenir tout problème.

Recommandations de santé utiles :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, trouble du comportement ou de la compréhension, difficultés de sommeil etc.

Médecin traitant :

Nom : _____ Tél. : + _____

Adresse postale : _____

Contacts d'urgences :

Il s'agit des personnes que vous souhaitez que nous avertissions si un incident venait à se présenter et que vous ne seriez plus en mesure de le faire de vous-même.

Personne 1 : Nom : _____ Prénom : _____ N° Tél : + _____ E-mail : _____	Personne 2 : Nom : _____ Prénom : _____ N° Tél : + _____ E-mail : _____	Personne 3 : Nom : _____ Prénom : _____ N° Tél : + _____ E-mail : _____
--	--	--

Merci de joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination.

Fait à _____ le __/__/__

Signature :

