

Ass. WMTProd  
3 Rue de la Gendarmerie  
68310, WITTELSHEIM  
09.54.12.17.40  
[direction@wmtprod.com](mailto:direction@wmtprod.com)  
89357433500012

# 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.

<b>Personne 1 :</b> Nom : _____ Prénom : _____ N° Tél : + _____ E-mail : _____	<b>Personne 2 :</b> Nom : _____ Prénom : _____ N° Tél : + _____ E-mail : _____	<b>Personne 3 :</b> Nom : _____ Prénom : _____ N° Tél : + _____ E-mail : _____
--	--	--

**Merci de joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_

**Signature :**

