

FICHE SANTÉ

2016

PRÉNOM :	NOM :	
ADRESSE :		
VILLE :	CODE POSTAL :	
TEL :	LANGUE :	SEXE : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DATE DE NAISSANCE :		
ASSURANCE MALADIE :	EXPIRATION ASS. MAL. :	

<input type="checkbox"/> ARTHRITE	<input type="checkbox"/> ASTHME	<input type="checkbox"/> BRONCHITE	<input type="checkbox"/> CARDIAQUE
<input type="checkbox"/> CHOLESTÉROL	<input type="checkbox"/> DIABÈTE	<input type="checkbox"/> ÉPILEPSIE	<input type="checkbox"/> HYPERTENSION
<input type="checkbox"/> MAUX DE TÊTE	<input type="checkbox"/> ALLERGIE		

DESCRIPTION ALLERGIE : _____
NOTE MÉDICALE : _____
NOM ET NO TEL. MÉDECIN : _____

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE	TEL. RES. PÈRE	TEL. TRAVAIL PÈRE EXT.
_____	_____	_____
NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE	TEL. RES MÈRE	TEL. TRAVAIL MÈRE EXT.
_____	_____	_____

NOM ET PRÉNOM D'UNE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

TÉLÉPHONE : _____
LIEN DE CONNAISSANCE : _____