

Associer une ***copie Carte Identité***

NOM :

PRENOM :

Né/e le :

N° téléphone :

Pathologies /Traitements/ Allergies

Antécédent notable

Coller photo
Identité

Gestes à effectuer en cas d'urgence

Et Pharmacie perso à utiliser dans le sac,

*Joindre ordonnance si
possible*

Médecin traitant (Nom et tel) :

Qui prévenir (Nom (s) et tel) :

Assurance personnelle :

N° SS :

HORIZONS MAIF 0901440H IMA : 0800 875 875