

Nom :.....

Prénom :

Adresse :.....

.....

Téléphone :.....

:.....

Date de naissance :.....

Médecin Traitant :

Nom :

Téléphone :

Recommandations diverses :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ce document est strictement confidentiel.
Il sera dans votre sac à dos sous votre responsabilité.
Il ne sera connu et exploité qu'en cas de nécessité.
Il n'est pas indispensable, mais il peut vous sauver la vie.

Nom :.....

Prénom :

Adresse :.....

.....

Téléphone :.....

:.....

Date de naissance :.....

Médecin Traitant :

Nom :

Téléphone :

Recommandations diverses :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ce document est strictement confidentiel.
Il sera dans votre sac à dos sous votre responsabilité.
Il ne sera connu et exploité qu'en cas de nécessité.
Il n'est pas indispensable, mais il peut vous sauver la vie.