

NOM

Prénom

Date Naissance

N° SS

Pathologies dont je souffre :

Traitements actuellement suivis :

Quels sont les signes qui peuvent survenir ? Ne donnez que les signes essentiels (malaise, perte de connaissance, crise d'étouffement, fatigue soudaine ou inexplicable.....)

Les gestes à pratiquer :

Les gestes à éviter :

Les médicaments que j'ai dans mon sac à dos et où les trouver :

Que faut-il mettre à ma disposition ? et combien ?

Coordonnées téléphoniques de la personne à prévenir : Mr/Mme

Tel fixe :

Tel portable :

Coordonnées téléphoniques de mon médecin : Dr

Tel fixe :

Tel portable