Carte personnelle d'urgence

Nom:	Prénom :		né(e) le :
Adresse:			
N°SS:			
Médecin traitant : Adresse :			Tél.:
Groupe sanguin : Allergies : Problème(s) de santé à signatement en cours :		ces:	
Personne à prévenir en ca	as d'urgence :		
Nom : Tél.domicile :	Prénom :	Tél. portable :	
	Carte ner	sonnelle d'urgence	<u>.</u>
	<u>Carte per</u>	somiche u urgenee	<u> </u>
Nom:	Prénom :		né(e) le :
Adresse:			
N°SS:			
Médecin traitant : Adresse :			Tél.:
Groupe sanguin : Allergies : Problème(s) de santé à sig Traitement en cours :	gnaler aux urgeno	ces:	
Personne à prévenir en ca	as d'urgence :		
Nom : Tél.domicile :	Prénom:	Tél. portable :	