

Carte personnelle d'urgence

Nom : **Prénom :** **né(e) le :**

Adresse :

N°SS :

Médecin traitant :

Tél. :

Adresse :

Groupe sanguin :

Allergies :

Problème(s) de santé à signaler aux urgences :

Traitement en cours :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Tél.domicile :

Tél. portable :

Carte personnelle d'urgence

Nom : **Prénom :** **né(e) le :**

Adresse :

N°SS :

Médecin traitant :

Tél. :

Adresse :

Groupe sanguin :

Allergies :

Problème(s) de santé à signaler aux urgences :

Traitement en cours :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Tél.domicile :

Tél. portable :