

FICHE SECURITE

NOM :

Prénom :

ADRESSE :

VILLE :

CP :

N° de téléphone fixe :

Portable :

DATE DE NAISSANCE :

Nom et adresse du Médecin traitant :

En cas d'accident, souhaitez-vous être transporté(e) :

En clinique

A l'hôpital :

N° de Sécurité Sociale :

Mutuelle complémentaire :

Groupe sanguin :

Allergie(s) éventuelle(s) :

Médicaments et traitement en cours :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone fixe :

Portable :

Ce document doit obligatoirement être mis dans la poche supérieure de votre sac à dos.