

FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE

Membre adhérent N° :

Je soussigné(e),....., déclare exacts les renseignements suivants :

Groupe sanguin (1) : A B AB O Rhésus (1) : Positif + Négatif -

Autorisation de transfusion sanguine (1) : OUI NON

Date du dernier **RAPPEL ANTITÉTANIQUE** :

Maladie(s) connue(s) :

Traitement en cours (précisez le dosage) :

Autorisation d'administrer le traitement par un des membres de la Compagnie (1) : OUI NON

Contre-indications médicales :

Allergies médicamenteuses :

Allergies alimentaires :

Autres allergies et/ou remarques :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Mme, Mr (2) Tél. :

Mme, Mr (2) Tél. :

Nom et n° de téléphone du **médecin traitant** :

Docteur Tél. :

Fait à, le.....
(signature)

(1) Cocher la case correspondante.
(2) Rayer la mention inutile.