

Date _____

Données personnelles

Nom: _____
Adresse: _____

Tél: _____
Email: _____
Date de naissance: _____

En cas d'urgence, aviser

Nom: _____
Adresse: _____

Tél: _____
Email: _____

Je prends les médicaments suivants :

☐ Médicaments, traitement en continu

Contre-indications et allergies

Commentaires

Ces données sont **strictement confidentielles** et
sont à partager uniquement avec le corps médical