|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FICHE D’INFORMATIONS**  Destinée au personnel médical et de secours  (à conserver dans la poche extérieure de son sac à dos jointe à une pièce d’identité, à sa carte vitale et à sa carte de mutuelle)  Nom et Prénom :  Date de naissance : Lieu :  Adresse :  N° de Sécurité Sociale :  Groupe sanguin :  Médecin traitant : Docteur  Médicaments réguliers et posologie :  Allergies (notamment à l’iode) éventuelles :  **Personne(s) à prévenir en cas d’urgence** :  Nom et Prénom : Degré de parenté :  Mobile : Fixe :  OuMobile **:**  Date et Signature : |  | **FICHE D’INFORMATIONS**  Destinée au personnel médical et de secours  (à conserver dans la poche extérieure de son sac à dos jointe à une pièce d’identité, à sa carte vitale et à sa carte de mutuelle)  Nom et Prénom :  Date de naissance : Lieu :  Adresse :  N° de Sécurité Sociale :  Groupe sanguin :  Médecin traitant : Docteur  Médicaments réguliers et posologie :  Allergies (notamment à l’iode) éventuelles :  **Personne(s) à prévenir en cas d’urgence** :  Nom et Prénom : Degré de parenté :  Mobile : Fixe :  Ou Mobile **:**  Date et Signature : |