

**Renseignements médicaux :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe:  Féminin  Masculin

Taille :

Poids :

Groupe Sanguin :

Antécédents médicaux : Avez-vous eu des problèmes médicaux ayant nécessité des examens approfondis, traitements prolongés, hospitalisations même brèves ?

Antécédents chirurgicaux : Avez-vous déjà été opéré et/ou anesthésié, si oui quand et pourquoi ?

Antécédents allergiques :

Traitement en cours : Prenez vous des médicaments actuellement, si oui lesquels ?

Portez-vous ?

- Des lunettes :  Oui  Non
- des lentilles de contact :  Oui  Non
- Une prothèse :  Oui  Non

**Suivez-vous un régime alimentaire :**  Oui  Non

Si oui lequel :

Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?

- DT Polio :  Oui Date :  
 Non
- Hépatite :  Oui Date :  
 Non
- Covid 19 :  Oui Date :  
 Non

Avez-vous des notions de secourisme ?

- Oui Quel niveau ? :
- Non

REMARQUES EVENTUELLES :

EN CAS D'ACCIDENT :

Contrat rapatriement, évacuation sanitaire N° :

Nom de votre compagnie d'assurance :

N° de tel :

Nom de votre médecin personnel :

N° de tel :

Personne à contacter en cas d'urgence :

N° de tel :

Certifié sincère et véritable.

Fait le :

Signature :