

Carte personnelle d'urgence

NOM : **Prénom :** **né(e) le :**

Adresse :

Code postal : **Commune :**

N° Sécurité Sociale :

Médecin traitant :

Adresse : **tél :**

Groupe sanguin :

Allergies :

Problèmes de santé à signaler aux urgences :

.....

Traitement en cours :

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM : **Prénom :**

Tél domicile : **Tél portable :**

Carte personnelle d'urgence

NOM : **Prénom :** **né(e) le :**

Adresse :

Code postal : **Commune :**

N° Sécurité Sociale :

Médecin traitant :

Adresse : **tél :**

Groupe sanguin :

Allergies :

Problèmes de santé à signaler aux urgences :

.....

Traitement en cours :

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM : **Prénom :**

Tél domicile : **Tél portable :**