Questionnaire médical

Nom : ………………………………

Prénom : ……………………………

Date de naissance : ………………...

Adresse : ………………………………………………………………….

Tél : ……………………….

E-mail : ………………………………………….

Personne à contacter en cas d’urgence : ……………………………………………

Lien de parenté : ………………………………………………

Tél : ……………………………………..

Portable : ……………………………

E-mail : ………………………………………….

💧 Groupe sanguin & Rhésus : .....................................

💧 Date de la dernière vaccination antitétanique : ………………………………………….

💧 Maladie(s) particulière(s) :

………………………………………………………………………………………………….

💧 Traitement médicamenteux en cours :

………………………………………………………………………………..

💧 Allergie(s)

:……………………………………………………………………………………………………………..………

…..

💧 Allergie(s) médicamenteuse(s) :

…………………………..…………………………………………………………….

💧 Mutuelle : nom + n° : .............................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………...

💧 Assurance : nom + coordonnées + n° contrat : ………………….......

 Se munir de sa carte vitale ou de sa carte européenne de mutuelle Date : ………………………..

Signature :