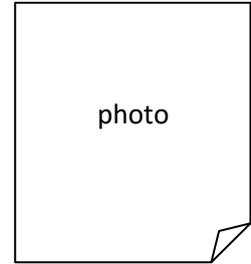




LE CAILAR



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM : PRENOM :
 ADRESSE :
 DATE DE NAISSANCE :
 N° SECURITE SOCIALE :
 TELEPHONE FIXE : TELEPHONE PORTABLE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM MEDECIN TRAITANT : TELEPHONE :
 NOM INFIRMIER(ERE) : TELEPHONE :
 SPECIALISTE si besoin : TELEPHONE :
 GROUPE SANGUIN :

ORDONNANCES en cours pour :

- Problème neurologique
- Problème respiratoire
- Problème cardiovasculaire
- Diabète
- Traitement anticoagulant
- Autres :

.....
Etes-vous porteur d'un pacemaker ? OUI NON

Disposez-vous du passeport vaccinal ? OUI NON

TRAITEMENTS : Quels médicaments prenez-vous actuellement ?

.....

ALLERGIES : Souffrez-vous d'allergie(s) ? OUI NON

Si oui : de quelle(s) allergie(s) souffrez-vous ? :

.....
 à quel(s) médicament(s) êtes-vous allergique ? :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

.....

PERSONNES A CONTACTER

NOM – PRENOM : Tel 1 : Tel 2 :
LIEN AVEC LA PERSONNE : POSSESSION DES CLES : oui non

NOM – PRENOM : Tel 1 : Tel 2 :
LIEN AVEC LA PERSONNE : POSSESSION DES CLES : oui non

NOM – PRENOM : Tel 1 : Tel 2 :
LIEN AVEC LA PERSONNE : POSSESSION DES CLES : oui non

NOM – PRENOM : Tel 1 : Tel 2 :
LIEN AVEC LA PERSONNE : POSSESSION DES CLES : oui non

COORDONNEES DU TUTEUR, CURATEUR... :

ANIMAUX DOMESTIQUES

ESPECE : NOM : Tatoué ou Pucé : oui non

ESPECE : NOM : Tatoué ou Pucé : oui non

ESPECE : NOM : Tatoué ou Pucé : oui non

A qui le ou les confier ?

NOM – PRENOM : TELEPHONE :

LISTE DES DOCUMENTS PHOTOCOPIES DANS LA BOITE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité | <input type="checkbox"/> Carte vitale |
| <input type="checkbox"/> Carte de mutuelle | <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance en cours | <input type="checkbox"/> Carte porteur de pacemaker |
| <input type="checkbox"/> Passeport vaccinal | |

DATE ET SIGNATURE

Les informations saisies sont de la responsabilité du déclarant.

Un rappel pour mise à jour des informations fournies sera réalisé par le CCAS.

Fait le

Signature

URGENCES MEDICALES : 15
POMPIERS : 18
GENDARMERIE : 17
MAIRIE LE CAILAR : 04.66.88.01.05