

Fiche de renseignements médicaux pour prise en charge urgente en cas d'accident

Nom:

Prénom :..... sexe :.....

Date de naissance :..... Age :.....

Adresse :..... code postal- ville :.....

Téléphone :.....

Taillecm poidskg

Niveau en plongée :FFESSM :..... CMAS :.....

Allergies connues :.....

Maladies particulières : (asthme, épilepsie, diabète, ulcère, tendance au saignement...)

.....
.....

Prise de médicaments :(noms+ posologie+ fréquence de la prise)

Antécédents : (précisez l'année)

Médicaux :.....

Chirurgicaux :.....

Obstétricaux :.....

Tabagisme :(consommation par jour).....

Alcool :(consommation par jour).....

Vaccination :(date de la dernière injection)

Tétanos :..... Hépatite A :..... Hépatite B :.....

Autre :.....

Groupe sanguin :.....Rhésus :.....

Personnes à contacter en cas d'accident :

1- Nom :-----prénom-----tél :-----

2-Nom :-----prénom-----tél :-----

3-Nom :-----prénom-----tél :-----

Assurance FFESSM N° + type:-----

N° de téléphone à prévenir :-----

Assurance autre N° contrat :-----

N° de téléphone à prévenir :-----

Club de plongée local :

Responsable groupe : Jean-Pierre AGUS :+336 35 95 34 91

Joël AUTHIE : +336 45 12 13 93

Autre ou Fabrice SURMELY :+336 85 45 90 57

Données exactes et confidentielles, seul un médecin peut les utiliser

Date :

signature :

1-glisser cette fiche dans une enveloppe

2-fermez l'enveloppe et inscrivez votre nom et prénom

3-Remettez-la au responsable du groupe

4-à la fin du séjour ou sur votre demande l'enveloppe fermée vous sera restituée

Cette enveloppe ne sera ouverte qu'en cas d'urgence ou d'accident par du personnel médical. Son contenu est confidentiel et soumis au secret médical (code pénal art 226)
