**Fiche individuelle de renseignements**

**Nom**………………………………… **Prénom**………………………..

N° de Tél portable: …………………………….

N° de sécurité sociale ……………………………………………….

Reconnaissance de handicap : AAH, pension d’invalidité (fournir un justificatif): 🞎oui 🞎non

Nom du médecin traitant …………………………………………

N° de Tél : ……………………………….

Allergie ?...................................

Traitement (ordonnance) ?.............................

Régime alimentaire spécifique (sans sel, sans viande,...)?...............................

Personne à prévenir en cas d’urgence

Nom et Prénom………………………………………………………….

Tél portable: ……………………………………….

Nom et Prénom………………………………………………………….

Tél portable : ……………………………………….