

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 :