|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FICHE D’INFORMATIONS**Destinée au personnel médical et de secours(à conserver dans la poche extérieure de son sac à dos jointe à une pièce d’identité, à sa carte vitale et à sa carte de mutuelle)Nom et Prénom : Date de naissance : Lieu : Adresse : N° de Sécurité Sociale : Groupe sanguin : Médecin traitant : Docteur Médicaments réguliers et posologie :Allergies (notamment à l’iode) éventuelles : **Personne(s) à prévenir en cas d’urgence** :Nom et Prénom : Degré de parenté : Mobile : Fixe : OuMobile **:**  Date et Signature :  |  | **FICHE D’INFORMATIONS**Destinée au personnel médical et de secours(à conserver dans la poche extérieure de son sac à dos jointe à une pièce d’identité, à sa carte vitale et à sa carte de mutuelle)Nom et Prénom :Date de naissance : Lieu : Adresse : N° de Sécurité Sociale : Groupe sanguin : Médecin traitant : Docteur Médicaments réguliers et posologie :Allergies (notamment à l’iode) éventuelles :**Personne(s) à prévenir en cas d’urgence** :Nom et Prénom : Degré de parenté : Mobile : Fixe : Ou Mobile **:**  Date et Signature :  |