



FORMULAIRE SANTÉ MARTINIQUE

Cette fiche confidentielle permet de recueillir des informations utiles à votre santé. En cas de nécessité, ou d'évènement grave, elle sera remise aux services médicaux qui vous prendront en charge.

IDENTITÉ DU PARTICIPANT

Nom : _____ Homme Femme
Prénom : _____ Célibataire Marié Divorcé Veuf
Date de naissance : ____ / ____ / _____ Nombre d'enfants à charge : _____
Adresse : _____
Téléphone Portable : _____ Profession / Étude : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Groupe sanguin : O A B AB RH- RH+

Avez-vous eu des difficultés de santé particulières (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) ? Précisez les dates et les précautions à prendre.

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes :

Asthme Rhumatisme articulaire aigu Varicelle Diabète

Allergies Alimentaires : _____

Allergies Médicamenteuses : _____

Autres allergies : _____

Précisez la cause et la conduite à tenir. Signalez les automédications. _____

Suivez-vous un traitement régulier : Non Oui, Précisez : _____

Portez-vous des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? (précisez)

Vaccin(s) manquant(s) : _____

EN CAS D'URGENCE / Qui prévenir durant les JCJ ?

Nom et Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone Fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse : _____

Je soussigné(e), _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Le cas échéant, j'autorise le responsable de mon groupe à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale avec ou sans anesthésie) rendues nécessaires par mon état de santé.

Fait à :

Signature :

Le :