



FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS MEDICALES DU MARCHEUR

A DESTINATION DES SECOURS

OBLIGATOIRE DANS LE SAC A DOS SOUS PLASTIQUE

Nom _____

Prénom _____

Date de Naissance _____

Téléphone portable _____

Domicile _____

Nom et coordonnées de la personne à prévenir _____

PROBLEMES MEDICAUX

Nom et coordonnées du médecin traitant _____

Pathologie : Allergies et réaction

Traitement : (médicaments spécifiques dans le sac à dos)
