

Fiche Médicale

NOM : PRÉNOM :

Médecin traitant :

N° de sécurité sociale :

N° de caisse complémentaire :

⇒ **En cas d'hospitalisation (rayer selon le choix)**

Hôpital

Clinique

Adresse du lieu souhaité :

⇒ **Renseignements médicaux : (Rayer ou préciser)**

Allergies :

Asthme :

Traitement de fond :

Autres :

Noter « Lu et approuvé », dater et signer :

.....