



FICHE MÉDICALE

THÉÂTRE



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 :

.....