

## INFO SANTE

### Antécédents médicaux:

Cardiologiques: .....

Respiratoires: .....

Neurologiques: .....

Diabète: .....

Autres: .....

### Traitements en cours:

Anticoagulants: .....

Anti-épileptique: .....

Anti-diabétique: .....

Autres: .....

### Allergies médicamenteuses:

.....

*Plier selon cette ligne*

## MES NUMEROS UTILES

### Personnes à prévenir en cas d'accident:

1°) Nom/Prénom: .....

Tél: .....

2°) Nom/prénom: .....

Tél: .....

Contact: Association Gymnastique Volontaire Aix Les Bains

Nom/Prénom: GIRAUD Christine

Tél: 06 89 94 92 68

Saison 2024-2025



**FICHE MEDICALE**

**Numéro de Secours: 112**

Possibilité d'envoyer un texto au 114 (numéro d'alerte pour sourd-muet)

**Nom:**

**Prénom:**

**Date de Naissance:**