FICHE MEDICALE

La fiche médicale apportera toutes les indications possibles afin de renseigner le médecin du concours sur les antécédents de l'accidenté, ces informations n'ayant aucun caractère officiel :

- groupe sanguin ;
- allergies ;
- antécédents chirurgicaux ;
- syndromes neurologiques.

Les renseignements ci-dessous sont sous la responsabilité du représentant légal.

Nom et adresse de votre médecin _____

_____

N° de tél. /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/ Nationalité _____

Religion _____

Adresse permanente _____

_____

N° de Tél. /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Changement d'adresse _____

N° de Tél. /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Antécédents médicaux ou blessures antérieures

OUI	NON	Tête	OUI	NON	Commotion (spécifiez le nombre)
OUI	NON	Visage	OUI	NON	Cou
OUI	NON	Dos	OUI	NON	Poitrine
OUI	NON	Abdomen	OUI	NON	Membres
OUI	NON	Interventions chirurgicales	OUI	NON	Diabète
OUI	NON	Epilepsie	OUI	NON	Syncope
OUI	NON	Asthme	OUI	NON	Cœur
OUI	NON	Poumon	OUI	NON	Autre (y compris reins)

Infos supplémentaires

OUI	NON	Vue normale	OUI	NON	Pupilles normales
OUI	NON	Verres de contact	OUI	NON	Ouïe normale

Allergie / Médication

Prenez-vous de la Cortisone (stéroïde) ou avez-vous déjà été soigné avec de la Cortisone ? _____

_____

Groupe sanguin et Date du dernier vaccin contre le Tétanos _____

Veuillez donner ci-dessous les détails des blessures antérieures / interventions chirurgicales / conditions médicales, avec les dates _____

_____

_____

Inscrire tout traitement actuellement en cours _____

_____

Veuillez indiquer vos éventuelles allergies _____

Détails

Parent le plus proche et degré de parenté _____

Nom et adresse _____

N° de Tél. /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Changement d'adresse _____

Nouveau n° de Tél. /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Description du transport du cheval

Marque / Couleur / N° immatriculation : _____