

Contact d'urgence et informations médicales

Ce formulaire est destiné à être utilisé pour aider les hôtes du lieu (TdC) lors des activités en cas de traitement médical requis ou d'urgence médicale impliquant un participant.

Nom :

Date de naissance :

Sexe :

Téléphone fixe :

Téléphone de travail :

Téléphone mobile :

Adresse :

Adresse postale (si différente de ci-dessus) :

Coordonnées d'urgence

Contact d'urgence principal :

Téléphone fixe :

Téléphone de travail :

Adresse :

Contact d'urgence secondaire :

Téléphone fixe :

Téléphone de travail :

Adresse :

Information médicale

Préférence d'hôpital/clinique :

Nom du médecin :

Numéro de téléphone :

Numéro de carte de sécurité sociale et pays :

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de police de la compagnie d'assurance :

Numéro de téléphone de la police de la compagnie d'assurance :

Etat médical

Veillez cocher ci-dessous toutes les conditions médicales pertinentes que vous avez :

- Anaphylaxie
- Allergies
- Rhume des foins
- Asthme
- Tension artérielle
- Maladie cardiaque
- Diabète
- Évanouissement
- Réactions médicamenteuses
- Épilepsie
- Ajustements ou Blackouts
- Problèmes de vue/ouïe
- Autre (décrire)

Pour les conditions d'anaphylaxie, d'asthme, de diabète ou d'épilepsie, veuillez **fournir un plan d'action de premiers soins** (veuillez le joindre sur une page séparée). En l'absence d'un plan d'action spécifique de premiers secours, les premiers secours standard seront prodigués en cas d'urgence.

Décrivez ce qui se passe pour l'une des conditions cochées ci-dessus (symptômes, gravité, déclencheurs, prise en charge, plan d'action de premiers secours, etc.). Veuillez joindre ce qui ne rentre pas ici et votre plan d'action de premiers secours sur une page séparée :

Si vous prenez des médicaments, veuillez fournir plus d'informations ci-dessous (nom du médicament, effets secondaires, posologie, mode d'emploi, etc.) : **Veillez apporter avec vous tous les médicaments dont vous avez besoin, comme un inhalateur pour l'asthme**

Pour tout problème médical ou de santé susceptible d'affecter ou de limiter votre participation au bénévolat, non répertorié ci-dessus, veuillez fournir des informations détaillées (y compris les symptômes et la prise en charge, le cas échéant) :

Je reconnais que toutes les informations contenues dans ce document sont vraies et correctes

Nom:

Date:

Signature:

MERCI