

---

## FICHE MÉDICAL DÉFI PLEIN AIR DES NEIGES

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Allergie, asthme ou autres :    oui        non   

Spécifiez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Faites-vous usage de médicaments contre les allergies  
déclarées

(épipène ou autres)?            oui        non   

Spécifiez : \_\_\_\_\_

Pouvez-vous vous administrer vos propres médicaments?

oui        non   

Blessures sérieuses?            oui        non   

Spécifiez : \_\_\_\_\_

---



---

## FICHE MÉDICALE DÉFI PLEIN AIR DES NEIGES

Antécédents médicaux utiles en cas d'urgence :

\_\_\_\_\_

Avez-vous suivi une formation en secourisme?    oui        non   

Êtes-vous vacciné contre le tétanos?            oui        non   

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

---

