6 au 11 août 2012

ASSOCIATION DU CANCER DE L'EST DU QUÉBEC

Fondatrice et gestionnaire de l'Hôtellerie Omer-Brazeau

# F I C H E  M É D I C A L E

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

(*Toute correspondance future sera acheminée par courriel)*

Date de naissance (jour/mois/année) : _____/_____/_____

## I N F O R M A T I O N  M É D I C A L E

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 : _____

Antécédents médicaux utiles à connaître en cas d'urgence : _____

Avez-vous suivi une formation en secourisme? oui ○ non ○

Êtes-vous vacciné contre le tétanos? oui ○ non ○