

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
 A A A A M M J J

Num éro d'assurance maladie : _____ Exp : _____

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (obligatoire)

Nom ,prénom	Téléphone	Bureau	Lien
_____	_____	_____	_____
Nom ,prénom	Téléphone	Bureau	Lien
_____	_____	_____	_____

DONNÉES MÉDICALES (ALLERGIES, MÉDICATIONS, ASTHME, ETC.)

Médication : _____

Allergies, intolérances ou restrictions : _____

Avez-vous un auto-injecteur d'épinéphrine en cas d'urgence (EpiPen) ?

Oui

Non

*Si vous souffrez d'allergies graves, apportez deux auto-injecteurs.

AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise la direction de Kéno à faire en sorte que me soient prodigués tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à me transporter par ambulance ou autrement et à me faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence s'il m'est impossible vu mon état de prendre une décision, j'autorise le personnel médical à me prodiguer tous les soins médicaux requis par mon état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, injections, transfusion, anesthésie, hospitalisation, etc.

Signature

Date