

ANNEXE 1

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse: _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail :

Les informations sur votre santé que l'EDA ALIENOR doit connaître en cas d'urgence (diabète, asthme, hémophilie, maladie cardiovasculaire...) : _____

Ces informations resteront strictement confidentielles.