

3. PERSONNES DE CONTACT

Qui est-ce ?	Nom+Prénom	Adresse Gsm	Lien parenté Ou autre
Personne 1		04...../	
Personne 2		04...../	
Médecin traitant		04...../	/
Infirmier (éventuel)		04...../	/
Kiné (éventuel)		04...../	/
Pharmacien		010/	/



URGENCES MEDICALES ET POMPIERS : 112

POLICE : 101

DATE : LE/...../2026

Fiche à compléter et insérer dans la boîte jaune. Mettez la boîte au frigo ! Les services de secours la trouveront facilement en cas de besoin.



1. IDENTITE :

Mr/Mme :

NOM/PRENOM :

DATE & LIEU DE NAISSANCE :/...../.....à

ADRESSE :

.....à Beauvechain.

NATIONALITE:

NUMERO DE REGISTRE NATIONAL :

APTITUDES HABITUELLES

Thèmes	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Orientation dans l'espace & le temps	☐	☐	☐
Capacité à comprendre & à s'exprimer en français	☐	☐	☐
Mémoire	☐	☐	☐
Mobilité générale	☐	☐	☐
Vue	☐	☐	☐
Ouïe	☐	☐	☐

2. INFORMATIONS UTILES :

GROUPE SANGUIN :

MEDICAMENTS HABITUELS :

.....

.....

.....

.....

ALLERGIE(S) :

.....

ALLERGIE(S) MEDICAMENTEUSE :

.....

.....

MALADIE(S) CONNUE(S) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES (Exemples: peurs, présence d'animaux de compagnie etc):

.....

.....

.....

.....

REANIMATION : Si vous ne souhaitez pas de réanimation, notez-le expressément ici et faites signer votre médecin traitant. Sans cela, votre demande ne sera pas prise en compte.

.....

.....

Signature & cachet du médecin traitant :

HOPITAL DESIRE :

COLLEZ ICI UNE VIGNETTE DE VOTRE MUTUELLE :

Vignette mutuelle

JE SUIS 'L'AIDANT PROCHE' ou EPOUX/SE ou COHABITANT/E
DE : à remplir si la personne ne peut se débrouiller sans votre assistance !

Nom+Prénom	GSM	Adresse