

**FICHE SANTE**  
**FOYER DE VIE / FOYER D'HEBERGEMENT**

Nom : -----

Prénom : -----

Date et lieu de naissance : -----

Numéro de sécurité sociale : -----

Mutuelle : ----- N° : -----

Nom et adresse du médecin traitant : -----

Traitement médical : OUI (ordonnance à fournir) NON

Si oui, nature du traitement : -----

Allergies : OUI - NON

Si oui, nature des allergies (joindre un certificat médical) : -----

Suivi par un (des) médecin(s) spécialiste(s) : OUI - NON

Nom(s) et adresse(s) du (des) médecin(s) spécialiste(s) : -----

Groupe sanguin : (fournir une copie de la carte de groupe sanguin) : -----

Informations complémentaires : -----

Vigilance particulière (prescription alimentaire, alimentation mixée, hachée, mémoire, angoisses nocturnes...) -----

Personnes à contacter en cas d'urgence, noms et coordonnées : -----

Fait à -----,

Le -----

Signature