



PASSEPORT SANTÉ

Nom

Prénom

Adresse

Tél

Personne à contacter en cas de nécessité :

Nom

Prénom

Tél

Médecin référent

Tél

N° Sécurité sociale

Mutuelle

Groupe sanguin

À compléter OBLIGATOIREMENT

TRAITEMENT à éviter

☐ AUCUN

TRAITEMENT en cours

☐ AUCUN

ALLERGIES

☐ AUCUNE

Compléter au verso si nécessaire.



PASSEPORT SANTÉ

Nom

Prénom

Adresse

Tél

Personne à contacter en cas de nécessité :

Nom

Prénom

Tél

Médecin référent

Tél

N° Sécurité sociale

Mutuelle

Groupe sanguin

À compléter OBLIGATOIREMENT

TRAITEMENT à éviter

☐ AUCUN

TRAITEMENT en cours

☐ AUCUN

ALLERGIES

☐ AUCUNE

Compléter au verso si nécessaire.