FEUILLE DE SANTE ET DOCUMENTATION

Ce document sera utilisé uniquement s'il vous arrive quelque chose pendant le voyage, afin de prévenir votre famille.

Je soussigné,

NOM ……Prénom :……

Demeurant ……

Code Postal : ……

Téléphone :……

Adresse Courriel ……@……

Souhaite que l'on prévienne :

- **Mr ou Mme ……**
- **Lien de parenté : ……**
- **Habitant : ……**

Téléphone : ……

Adresse Courriel :……@

Liste de mes médicaments :

1° / ……

2° /……

3°/……

Contre indications :
