

## FICHE SANITAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance: .....

### *GROUPE SANGUIN*

*Merci de répondre seulement si vous êtes certain de votre groupe sanguin.*

A+    A-    O+    O-    B+    B-    AB+    AB-

### *PROBLEMES DE SANTE*

*A titre de prévention nous vous remercions de bien vouloir nous signaler si vous avez souffert ou souffrez encore d'un problème de santé.*

- Intolérances ou allergies alimentaires ? .....

Remarques : .....

- Autres problèmes de santé ? .....

Remarques : .....

### *ASSURANCE*

Nom de votre assurance accident : .....

Adresse : ..... Tél : .....

Nom de votre assurance rapatriement : .....

Adresse : .....Tél : .....

### *PERSONNE DE CONTACT*

*Personne à prévenir en cas d'urgence*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Tél. : .....

Remarques : .....

En cas d'urgence j'autorise Turkey Heliski SA à prendre les décisions et mesures qu'elle répute nécessaires, entre autres le choix de l'hôpital et le rapatriement.

DATE : ..... SIGNATURE : .....