

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 :