



Ligue Francophone
Belge des Clubs de
Motorhomes
ASBL : b0822073812

Fiche Médicale / Medical form.

Date :

Ce document sera consulté uniquement en cas de problème médical .
This document will be consulted only in case of medical problems

Nom / Surname :	Prénom / First name :	Date de naissance /Date of birth :
Adresse / Address : Rue / Street..... :	N°.....CP /PC.....	Localité / Location..... Pays / Country.....
Personne à contacter en cas d'urgence Nom / Surname :	Person to contact in case of emergency Prénom /First name :	Téléphone / Phone : Lien de parenté / Relationship :

Etes vous couvert par une assurance voyage ? *Are you covered by travel insurance ?*

O oui / *Yes* / O non/ *No* (le nom de la société d'assurance / *name of the insurance company*)

A mettre à jour régulièrement / *to be updated regularly* :

Antécédents médicaux et chirurgicaux importants / *Significant medical and surgical history* :

.....

Etat médical actuel / *Current medical condition* :

O / *Epilepsie / Epilepsy* O *Diabète/ Diabetes* O *Asthme / Asthma* O *Problème cardiaque / Cardiac problem*

Autres / Other :

Groupe Sanguin / Blood group : *Date du dernier rappel du vaccin Antitétanique* :/...../.....

Date of last antitetanic boost vaccine

Implants : O *Pacemaker* / O *autres / other* :

Allergies :

Autres particularités / contre-indication / Other particularities /Contraindication :

.....

Médication :

Indiquez les doses à prendre dans la case adéquate / *Indicate the dose in the appropriate box.*

Nom du médicament : <i>Name of the medicine</i>	Matin / <i>AM</i>	Midi / <i>Noon</i>	Soir / <i>Evening</i>

Coordonnées du médecin traitant / *Contact details of the family doctor* :