

Endurance Aventure Fiche médicale individuelle/Individual Medical Record



Last name/Nom de famille		First name/Prénom					
General information							
Adresse/Adresse		Pays/Country		Ville/City		Code Postal code	
Tel1		Tel2		Cell phone			
Age		Date de naissance/Birthdate		poids/Weight			
Assurance maladie/Health insurance							
Compagnie/Company		#		Date Exp. Date		Tél./Phone	
Autre assurance/Supplemental insurance		#		Date Exp. Date		Tél./Phone	
Assurance Voyage/Travel insurance							
Nom/Name		# Police ass. /Ins. policy #		Date Exp. Date		Tél./Phone	
Contact en cas d'urgence/Emergency contact							
Nom/Name 1		Tel / cell		Email		Relation	
Nom/Name 2		Tel / cell		Email		Relation	
Historique médical/Medical history							
Allergies connues/Known allergies		(Y/N)		Origine/Origin		Epipen	
Intolérances connues/Known intolerances		(Y/N)		Origine/Origin		Reaction	
Médicaments/Medication		(Y/N)		Nom Prescription name		Raison/Reason: Fréquence/Frequency	

Médicaments/Medication	(Y/N)	Nom Prescription name		Raison/Reason:		Fréquence/ Frequency	
Antidépresseurs/Antidepressants	(Y/N)	Nom Prescription name					
Interventions médicales/Medical interventions	(Y/N)	Description		Date(s)			
Accidents	(Y/N)	Description		Date(s)			
Problèmes cardiaques/Heart problems	(Y/N)	Details:					
Problèmes respiratoires/Respiratory problems	(Y/N)	Details:					
Glycémie/Glycemic problems	(Y/N)	Details:					
Hypertension	(Y/N)	Details:					
Autre information médicale/Other medical information (que nous devrions connaître pour mieux vous soigner en cas d'urgence/which we should know to better respond in case of an emergency)							
Autorisation et signature/Authorization and signature (l'information ci-dessus est complète et peut être utilisée par Endurance Aventure/the information provided above is complete and may be used by Endurance Aventure)							
Date:		Signature:					