**QUESTIONNAIRE MEDICAL**

NOM …………………….. PRENOM ………………………. AGE

TRAITEMENT EN COURS …………………..

ANTECEDENTS IMPORTANTS A CONNAITRE ……………………………………

ALLERGIES CONNUES………………………….

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER……………………………………….

COORDONNEES MEDECIN TRAITANT

NOM …………… PRENOM………………… NUMERO DE TELEPHONE……………..

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’ACCIDENT

NOM …………… PRENOM………………… NUMERO DE TELEPHONE……………..

NOM …………… PRENOM………………… NUMERO DE TELEPHONE……………..

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

J’autorise Christophe DEGANG, responsable de la croisière du au , à prendre les mesures nécessaires auprès des secours en cas de besoin.

 A le