

**EAU DOUCE**

Cette fiche médicale confidentielle doit être renseignée par toutes les personnes (pêcheurs, délégué, staff) qui se déplacent avec une équipe de France. Elle sera remise au délégué avant le départ.

Au retour, elle sera restituée aux personnes.

**CONFIDENTIAL PERSONAL RECORD IN THE EVENT OF A  
MEDICAL EMERGENCY**  
FICHE PERSONNELLE CONFIDENTIELLE EN CAS D'URGENCE MEDICALE

<b>LAST NAME</b> ( <i>Nom</i> )	
<b>FIRST NAME</b> ( <i>Prénom</i> )	

<b>DATE OF BIRTH</b> <i>Date de naissance dans l'ordre Mois/Jour/Année</i>	
<b>NATIONALITY</b> ( <i>Nationalité</i> )	
<b>TELEPHONE NUMBERS</b> ( <i>N° de téléphone</i> )	
<b>BLOOD TYPE</b> <i>(Groupe sanguin)</i>	

**PHONE NUMBERS IN CASE OF EMERGENCY (N° d'urgence)**

<b>FAMILY TO NOTIFY</b> <i>(Famille à prévenir)</i>	
<b>NAME AND TELEPHONE NUMBER OF THE DELEGATE</b> <i>(Nom et numéro de téléphone du délégué)</i>	

<b>PRIMARY CARE OR TREATING PHYSICIAN</b> <i>(Médecin de famille ou traitant)</i>	
--	--

<b>ILLNESSES</b> <i>(Maladies connues)</i>	
---	--

<b>ALLERGIES</b> <i>(Allergies)</i>	
<b>CONTACT LENSES, ANY KIND OF PROSTHESES</b> <i>(Lentilles de contact, prothèses dentaires et autres)</i>	

<b>MEDICATION CURRENTLY TAKEN</b> ( <i>Traitements en cours</i> )	
<b>IDENTIFICATION NUMBER OF THE EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD</b> ( <i>Numéro d'identification de la carte européenne d'assurance maladie</i> )	

<b>OTHER INFORMATIONS</b> ( <i>Autres renseignements</i> )	
--	--

**JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE EUROPEENNE D'ASSURANCE MALADIE A JOUR DE VALIDITE.**  
(ATTACH A PHOTOCOPY OF THE EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD VALID TO DATE)

**CETTE FICHE MEDICALE SERA INSEREE DANS UNE ENVELOPPE CACHETEE ET NOMINATIVE.**  
(THIS MEDICAL SHEET WILL BE INSERTED IN A COVERED AND NOMINATIVE ENVELOPE)

**SEUL UN PERSONNEL DU CORPS MEDICAL OUVRIRA L'ENVELOPPE.**  
ONLY ONE PERSON OF THE MEDICAL BODY WILL OPEN THE ENVELOPE