



CARTE D'URGENCE

Emergency card

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



DÉFICIENCE :

visuelle

auditive

DIAGNOSTIC:

.....

.....

.....

.....

RETENTISSEMENTS FONCTIONNELS MAJEURS :

.....

.....

.....

.....

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN PRIORITÉ

Mme/M..... Tél

Médecin traitant.....à..... Tél

Spécialiste traitant..... Tél

Spécialité.....

Suivi(e) par le centre de référence
maladies rares..... Tél