

INFORMATIONS SANTÉ

Nom et prénom du participant : _____ Age : _____

Lieu du séjour : _____ Dates du séjour : Du _____ au _____

Sécurité Sociale

Nom et prénom de l'assuré _____

Est-ce le vacancier lui-même oui non sinon, lien avec le vacancier _____

N° de SS : _____ Caisse _____

Caisse complémentaire

Nom et prénom du bénéficiaire _____

Est-ce le vacancier lui-même oui non sinon, lien avec le vacancier _____

Nom et adresse de la Mutuelle _____

Personne à prévenir en cas d'urgence, joignable 24h/24h par téléphone du _____ au _____ pendant tout le séjour

Nom de la personne _____ Lien avec le vacancier _____

Numéros de téléphone à contacter _____

Personne à prévenir en cas d'urgence, joignable 24h/24h par téléphone du _____ au _____ pendant tout le séjour

Nom de la personne _____ Lien avec le vacancier _____

Numéros de téléphone à contacter _____

Personne à prévenir en cas d'urgence, joignable 24h/24h par téléphone du _____ au _____ pendant tout le séjour

Nom de la personne _____ Lien avec le vacancier _____

Numéros de téléphone à contacter _____

FACULTATIF

Coordonnées du médecin traitant du vacancier (nom, adresse et téléphones) :