



**FILE OF LIFE**

Fold

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Carte de santé: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Médecin de famille: \_\_\_\_\_

Les conditions médicales: \_\_\_\_\_

Fold

Médicaments: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Nom et numéro du contact  
d'urgence: \_\_\_\_\_

DNR: Oui  
Non

Emplacement: \_\_\_\_\_



**FILE OF LIFE**

Fold

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Carte de santé: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Médecin de famille: \_\_\_\_\_

Les conditions médicales: \_\_\_\_\_

Fold

Médicaments: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Nom et numéro du contact  
d'urgence: \_\_\_\_\_

DNR: Oui  
Non

Emplacement: \_\_\_\_\_