



## FICHE D'INFORMATIONS UTILES EN CAS D'ACCIDENTS

La présente fiche est à remplir, au libre choix des participants des différentes activités du PLD, et à remettre au responsable de l'activité dans une enveloppe fermée. En cas de besoin, l'enveloppe pourra être ouverte par le responsable afin de continuer les informations aux services de secours.

### Coordonnées du membre

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse au Luxembourg \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Groupe Sanguin \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale (CNS) \_\_\_\_\_

### Assurances (éventuelles) – Numéro de carte de membre

Air Rescue n° \_\_\_\_\_

CMCM n° \_\_\_\_\_

Foyer – Medicis n° \_\_\_\_\_

DKV n° \_\_\_\_\_

Divers Alert Network (D.A.N.) n° \_\_\_\_\_

Aquamed n° \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allergies / médicaments

Allergies connues \_\_\_\_\_

Aspro/Aspirine/Aspégique ? \_\_\_\_\_

Prise de médicaments régulières \_\_\_\_\_

**Antécédents d'accidents de plongée**

Lequel \_\_\_\_\_

Date de l'accident \_\_\_\_\_

Lieu \_\_\_\_\_

Séquelles \_\_\_\_\_

**Examens médicaux**

Médecin traitant/généraliste \_\_\_\_\_

Foramen ovale

Test du foramen ovale effectué \_\_\_\_\_

Date de l'examen (si oui) \_\_\_\_\_

Méthode (Doppler ou autre) \_\_\_\_\_

Vaccinations

Tétanos (date du dernier rappel) \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

**Personnes à contacter en cas de problèmes / accidents**Famille

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Tél. Privé \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

autre

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Tél. Privé \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature