Centre Médical
Germaine Revel

FICHE DE RENSEIGNEMENT ALLERGIE

Etat civil

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Allergies

- Médicamenteuses (en précisant le type de réaction allergique)

- Alimentaires (en précisant le type de réaction allergique)

En cas d'allergie alimentaire, merci de fournir obligatoirement un certificat médical de votre médecin traitant afin d'adapter au mieux vos menus pour votre prochain séjour.

Aucune aversion ou préférence alimentaire ne pourra être prise en compte.

Certificat médical déjà fourni lors d'un précédent séjour ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Date : ..... / ..... / .....

Signature :