



**02 99 59 22 22**  
CENTRE ANTI POISON

### **N° D'APPEL D'URGENCE**

- 18** **POMPIERS** ACCIDENT/PÉRIL
- 15** **SAMU** AIDE MÉDICALE URGENTE
- 17** **POLICE SECOURS** DANGER
- 112** **URGENCE** EN EUROPE
- 196** **SECOURS** EN MER
- 3624** **SOS MÉDECIN**



CONSEIL  
DES AÎNÉS

# CARTE D'URGENCE

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....  
.....

Cette carte d'urgence vous est remise par le Conseil des aînés  
et la Ville de Vannes



NÉ(E) LE : .....

**GROUPE SANGUIN**  
.....

N° SÉCURITÉ SOCIALE : .....

MÉDECIN RÉFÉRENT (NOM, TÉL) : .....

MALADIES CHRONIQUES	ALLERGIES	HANDICAP	GIR
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
			<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

**PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE PROBLÈME :**

NOM : ..... TÉL. ....

NOM : ..... TÉL. ....