

Merci de prévenir

Mon médecin traitant
en cas de non réponse de mes proches aidants

Médecin traitant

Nom

Prénom



.....

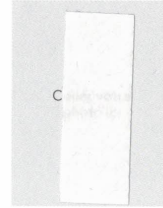


.....

Réalisée avec le soutien de :



Carte d'urgence



Je suis atteint(e) d'une
maladie neuro-évolutive.
Je peux apparaître confus(e),
avoir des difficultés à me
déplacer ou à m'exprimer.

Nom

Nom de jeune fille

Prénom