

Gestes d'urgence à effectuer :

Ce document est strictement confidentiel.
Il sera dans votre sac à dos sous votre responsabilité. Il ne sera connu et exploité qu'en cas de nécessité. Il n'est pas indispensable, mais il peut faire gagner du temps et éviter des erreurs en cas d'accident ou maladie.

Gestes d'urgence à effectuer :

Ce document est strictement confidentiel.
Il sera dans votre sac à dos sous votre responsabilité. Il ne sera connu et exploité qu'en cas de nécessité. Il n'est pas indispensable, mais il peut faire gagner du temps et éviter des erreurs en cas d'accident ou maladie.

Carte d'identité de randonneur



Saison 20 - 20

Affilié à la Fédération Française de Randonnée sous le N° 04038

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Licence FFR N° :

Date de Naissance :

N° de S. S. :

Nom de la Mutuelle :

N° de Mutuelle :

Adresse Mutuelle :

Médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

Carte d'identité de randonneur



Saison 20 - 20

Affilié à la Fédération Française de Randonnée sous le N° 04038

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Licence FFR N° :

Date de Naissance :

N° de S. S. :

Nom de la Mutuelle :

N° de Mutuelle :

Adresse Mutuelle :

Médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone Travail :
Téléphone Portable :

.....
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone Travail :
Téléphone Portable :

.....
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone Travail :
Téléphone Portable :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone Travail :
Téléphone Portable :

.....
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone Travail :
Téléphone Portable :

.....
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone Travail :
Téléphone Portable :

Allergies :

.....
.....
.....

Actuellement je suis soigné(e) pour :

.....
.....

Je prends les médicaments suivants :

.....
.....

Autres problèmes à signaler :

.....
.....

Donneur d'organe :

.....

Allergies :

.....
.....
.....

Actuellement je suis soigné(e) pour :

.....
.....

Je prends les médicaments suivants :

.....
.....

Autres problèmes à signaler :

.....
.....

Donneur d'organe :

.....