



**INFORMATIONS MEDICALES
CONFIDENTIELLES**

Club..... affilié à la FF Randonnée sous le

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

RANDONNEUR

Ce document est strictement confidentiel

Glissez-le sous enveloppe cachetée dans la pochette haute de votre sac à dos avec l'inscription « **Confidentiel dossier médical, n'ouvrir que par le médecin ou l'animateur de la randonnée, en cas de nécessité et d'urgence** »

Il peut faire gagner du temps, éviter les erreurs et faciliter les secours en cas d'accident.

| | | | |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------|-------|
| Nom: | ..... | Prénom : | ..... |
| Date naissance : |/...../..... | Adresse : | ..... |
| Code Postal : | ..... | Ville: | ..... |
| Téléphone fixe | ..... | Téléphone portable | ..... |
| N° Sécurité Sociale: |/...../...../...../...../..... | Nom Mutuelle | ..... |
| Licence FFR N° : | ..... | Adresse | ..... |

PERSONNES A PREVENIR

INFORMATIONS MEDICALES

| | | | |
|----------------------|--------------|--|-------------|
| Nom:..... Prénom | | Affections chroniques :..... | |
| Adresse :..... | | Vaccin antitétanique :..... | |
| CP:..... | Ville :..... | Médicaments pris régulièrement : (préciser anticoagulants) | |
| Téléphone fixe : | ..... | Nom :..... | Dose :..... |
| Téléphone portable : | ..... | Nom :..... | Dose :..... |
| Téléphone travail : | ..... | Nom :..... | Dose :..... |
| Médecin traitant : | ..... | <u>ANTECEDENTS MEDICAUX (préciser ci-dessous)</u> | |
| Adresse: | ..... | ..... |  |
| Téléphone: | ..... | Allergies connues :..... | |
| | | Actuellement je suis soigné(e) pour :..... | |
| | | | |
| | | Groupe sanguin : | |