

Recommandations diverses :

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

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 vous sauver la vie.

Recommandations diverses :

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

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 vous sauver la vie.



Carte d'identité de randonneur
A mettre dans votre sac à dos

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone travail :
Téléphone portable :
Licence FFRP n°:
N° de SS :
Nom de la mutuelle :
N° de la mutuelle :
Adresse mutuelle :
Médecin traitant :
NOM :
Téléphone :
Adresse :
.....



Carte d'identité de randonneur
A mettre dans votre sac à dos

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone travail :
Téléphone portable :
Licence FFRP n°:
N° de SS :
Nom de la mutuelle :
N° de la mutuelle :
Adresse mutuelle :
Médecin traitant :
NOM :
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 :

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 :

Groupe sanguin:

Vaccination Antitétanique:

Allergies :

.....

.....

.....

Actuellement je suis soigné(e) pour :

.....

.....

Je prends les médicaments suivants:

.....

.....

.....

Autres problèmes à signaler:

.....

.....

.....

Groupe sanguin:

Vaccination Antitétanique:

Allergies :

.....

.....

.....

Actuellement je suis soigné(e) pour :

.....

.....

Je prends les médicaments suivants:

.....

.....

.....

Autres problèmes à signaler:

.....

.....

.....