



INFORMATIONS MEDICALES CONFIDENTIELLES

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

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.** »
 Il sera mis à disposition des secours 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 :	