

Recommandations diverses

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

Ce document est strictement confidentiel. Il sera sous pochette confidentielle. 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.

Recommandations diverses

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

Ce document est strictement confidentiel. Il sera sous pochette confidentielle. 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.

U LIAMU GRAVUNINCU

Affilié à la Fédération Française de Randonnée Pédestre sous le numéro 10130

Carte d'identité de randonneur

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
.....
Téléphone :
Licence n° :
N° de S.S. :
Nom de la mutuelle :
N° de mutuelle :
Adresse de la mutuelle :
.....
.....

U LIAMU GRAVUNINCU

Affilié à la Fédération Française de Randonnée Pédestre sous le numéro 10130

Carte d'identité de randonneur

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
.....
Téléphone :
Licence n° :
N° de S.S. :
Nom de la mutuelle :
N° de mutuelle :
Adresse de la mutuelle :
.....
.....

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 :

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 :

Médecin traitant

Nom :
Téléphone :
Adresse :
.....

Groupe sanguin :

Vaccination Antitétanique :

Allergies :

.....

.....

Actuellement je suis suivi (e) pour :

.....

.....

.....

Je prends les médicaments suivants :

.....

.....

.....

Autres problèmes à signaler :

.....

.....

.....

Groupe Sanguin :

Vaccination Antitétanique :

Allergies :

.....

.....

Actuellement je suis suivi (e) pour :

.....

.....

.....

Je prends les médicaments suivants :

.....

.....

.....

Autres problèmes à signaler :

.....

.....

.....