

Recommandations diverses

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

Ce document est strictement confidentiel. Il devra être dans votre trousse à pharmacie 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 devra être dans votre trousse à pharmacie 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'IDENTITE DE RANDONNEUR

(À mettre dans votre trousse à pharmacie)
(Affiliée à la FFRP)

NOM **Prénom**
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone travail :
Téléphone portable :
Licence F.F.R.P. N° :
Date de naissance :
N° de sécurité sociale :
Nom de la mutuelle :
N° de la mutuelle :
Adresse de cette mutuelle :
Médecin traitant :
Nom
Téléphone
Adresse du cabinet

CARTE D'IDENTITE DE RANDONNEUR

(À mettre dans votre trousse à pharmacie)
(Affiliée à la FFRP sous le N°)

NOM **Prénom**
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone travail :
Téléphone portable :
Licence F.F.R.P. N° :
Date de naissance :
N° de sécurité sociale :
Nom de la mutuelle :
N° de la mutuelle :
Adresse de cette mutuelle :
Médecin traitant :
Nom
Téléphone
Adresse du cabinet

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOM et Prénom

Adresse

.....

Téléphone domicile

Téléphone travail

Téléphone portable

NOM et 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 :

.....

.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOM et Prénom

Adresse

.....

Téléphone domicile

Téléphone travail

Téléphone portable

NOM et 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 :

.....

.....