

Recommandations diverses

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

**Ce document est strictement confidentiel.  
Il sera avec vos papiers,  
sous enveloppe 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 avec vos papiers,  
sous enveloppe 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.**

# Rando Santé Savoie

Affilié à la Fédération Française de Randonnée sous le n° 06239

## Carte d'identité de randonneur

A mettre avec vos papiers  
sous enveloppe confidentielle

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Licence FFR n° : .....

n° de S. S. : .....

Nom de la mutuelle : .....

n° : .....

Adresse : .....

# Rando Santé Savoie

Affilié à la Fédération Française de Randonnée sous le n° 06239

## Carte d'identité de randonneur

A mettre avec vos papiers  
sous enveloppe confidentielle

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Licence FFR n° : .....

n° de S. S. : .....

Nom de la mutuelle : .....

n° : .....

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 : .....

**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 :**

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