



**CLUB PEDESTRE  
MALISSARDOIS**

Recommandations diverses :

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

**Carte d'identité du randonneur**  
à mettre dans votre sac à dos

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. domicile : .....  
Tél. travail : .....  
Tél. portable : .....  
Licence FFRP n° : .....  
N° de S.S. : .....  
Mutuelle santé : .....  
N° contrat Mutuelle : .....  
Adresse Mutuelle : .....  
.....

*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 est n'est pas indispensable,  
mais il peut vous sauver la vie.*

**Médecin traitant**

Nom : .....  
Téléphone : .....  
Adresse : .....  
.....



**CLUB PEDESTRE  
MALISSARDOIS**

Recommandations diverses :

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

**Carte d'identité du randonneur**  
à mettre dans votre sac à dos

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. domicile : .....  
Tél. travail : .....  
Tél. portable : .....  
Licence FFRP n° : .....  
N° de S.S. : .....  
Mutuelle santé : .....  
N° contrat Mutuelle : .....  
Adresse Mutuelle : .....  
.....

*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 est n'est pas indispensable,  
mais il peut vous sauver la vie.*

**Médecin traitant**

Nom : .....  
Téléphone : .....  
Adresse : .....  
.....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. domicile : .....  
Tél. travail : .....  
Tél. portable : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. domicile : .....  
Tél. travail : .....  
Tél. 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 : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. domicile : .....  
Tél. travail : .....  
Tél. portable : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. domicile : .....  
Tél. travail : .....  
Tél. portable : .....

Groupe sanguin : .....

Vaccination antitétanique : .....

Allergies : .....  
.....  
.....

Actuellement je suis soigné(e) pour :  
.....  
.....  
.....

Je prends les médicaments suivants :  
.....  
.....  
.....

Autres problèmes à signaler :  
.....  
.....  
.....