

BIEN VIVRE A SAINT ALBAN
Saison : 2017 – 2018

Affilié à la Fédération Française de Randonnée sous le N° 05800

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Licence FFR N° :

Date de naissance :

N° de S. S. :

Nom de la mutuelle :

N°:

Adresse :

Médecin traitant

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Ce document est strictement confidentiel.
Il sera dans votre pharmacie sous votre responsabilité.
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 les erreurs.

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 :

Groupe Sanguin :

Vaccination Antitétanique :

Allergies :

Actuellement je suis soigné(e) pour :

Je prends les médicaments suivants :

Autres problèmes à signaler :