

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

(strictement confidentielle)

Cette fiche doit être renseignée par vos soins, elle sera consultée uniquement par les services de secours en cas d'accident en cours de randonnée ;

Accompagnée de vos papiers d'identité et de votre carte vitale elle devra toujours être sur vous ou dans votre sac à dos (poche supérieure) pendant toute la randonnée

CONSEIL : Prévenir immédiatement l'animateur devant tout signal anormal : douleur ou gêne dans poitrine, essoufflement anormal, palpitation cardiaque, malaise, fatigue soudaine, nausée, trouble de la vision.....

NOM : PRENOM :	ADRESSE PERSONNELLE :
DATE DE NAISSANCE :	
GROUPE SANGUIN :	
PERSONNES A PREVENIR : NOM PRENOM N° tél. portable	NOM PRENOM N° tél. portable
MEDECIN TRAITANT :	N° TELEPHONE
VACCINATION TETANOS <input type="checkbox"/> Valide jusqu'au : <input type="checkbox"/> Non valide	
ANTECEDENTS <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> Coronaropathie (stents) <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Autres, à préciser :	MES MEDICAMENTS SONT <input type="checkbox"/> sur moi <input type="checkbox"/> dans mon sac à dos GROUPE SANGUIN : <input type="text"/>
J'AI UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT : <input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> AVK (Préviscan ou préciser) <input type="checkbox"/> Autres à préciser	JE SUIS DIABETIQUE, MON / MES MEDICAMENTS : JE SUIS ALLERGIQUE A :
PRECONISATIONS PARTICULIERES :	PROTHESES :

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

(strictement confidentielle)

Cette fiche doit être renseignée par vos soins, elle sera consultée uniquement par les services de secours en cas d'accident en cours de randonnée ;

Accompagnée de vos papiers d'identité et de votre carte vitale elle devra toujours être sur vous ou dans votre sac à dos (poche supérieure) pendant toute la randonnée

CONSEIL : Prévenir immédiatement l'animateur devant tout signal anormal : douleur ou gêne dans poitrine, essoufflement anormal, palpitation cardiaque, malaise, fatigue soudaine, nausée, trouble de la vision.....

NOM : PRENOM :	ADRESSE PERSONNELLE :
DATE DE NAISSANCE :	
GROUPE SANGUIN :	
PERSONNES A PREVENIR : NOM PRENOM N° tél. portable	NOM PRENOM N° tél. portable
MEDECIN TRAITANT :	N° TELEPHONE
VACCINATION TETANOS <input type="checkbox"/> Valide jusqu'au : <input type="checkbox"/> Non valide	
ANTECEDENTS <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> Coronaropathie (stents) <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Autres, à préciser :	MES MEDICAMENTS SONT <input type="checkbox"/> sur moi <input type="checkbox"/> dans mon sac à dos GROUPE SANGUIN : <input type="text"/>
J'AI UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT : <input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> AVK (Préviscan ou préciser) <input type="checkbox"/> Autres à préciser	JE SUIS DIABETIQUE, MON / MES MEDICAMENTS : JE SUIS ALLERGIQUE A :
PRECONISATIONS PARTICULIERES :	PROTHESES :