



**N° tél fixe et FICHE SANTE**  
(à renseigner et à conserver obligatoirement dans son sac à dos )

Nom:..... Prénom:.....

Date et lieu de naissance .....

Adresse .....

.....

.....

N° de téléphone: fixe:..... Portable:.....

N° sécu:.....

Groupe sanguin:.....

Nom, adresse et N° de Mutuelle .....

.....

Etes-vous allergique à un ou plusieurs médicaments? Lesquels? :

Traitement en cours ?

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT:**

Nom:..... Prénom:.....

Adresse:.....

.....

N° de téléphone: fixe:..... Portable:.....

Nom:..... Prénom:.....

Adresse:.....

.....

N° de téléphone: fixe:..... Portable:.....



**N° tél fixe et FICHE SANTE**  
(à renseigner et à conserver obligatoirement dans son sac à dos )

Nom:..... Prénom:.....

Date et lieu de naissance .....

Adresse .....

.....

.....

N° de téléphone: fixe:..... Portable:.....

N° sécu:.....

Groupe sanguin:.....

Nom, adresse et N° de Mutuelle .....

.....

Etes-vous allergique à un ou plusieurs médicaments? Lesquels? :

Traitement en cours ?

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT:**

Nom:..... Prénom:.....

Adresse:.....

.....

N° de téléphone: fixe:..... Portable:.....

Nom:..... Prénom:.....

Adresse:.....

.....

N° de téléphone: fixe:..... Portable:.....