

**Recommandations diverses :**

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

Ce document est strictement confidentiel. Il doit être en votre possession sous votre responsabilité lors de la pratique de votre activité. Il ne sera connu et exploité qu'en cas de nécessité.

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

*A compléter à l'aide d'un crayon à papier*

**Recommandations diverses :**

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

Ce document est strictement confidentiel. Il doit être en votre possession sous votre responsabilité lors de la pratique de votre activité. Il ne sera connu et exploité qu'en cas de nécessité.

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

*A compléter à l'aide d'un crayon à papier*

N° adhérent : ----

**CARTE D'IDENTITÉ DE RANDONNEUR**

A mettre dans votre poche/sac à dos

**LA RANDALLAZ** 1 route de Choisy 74330 La-Balme-de-Sillingy  
randallaz74@gmail.com



**NOM :** ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Téléphone professionnel : .....

**Licence F.F.R.P. N° :** .....

N° de Sécurité Sociale : .....

**Nom de la Mutuelle :** .....

Adresse de cette mutuelle : .....

N° de la mutuelle : .....

**Médecin traitant :** .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

*A compléter à l'aide d'un crayon à papier*

N° adhérent : ----

**CARTE D'IDENTITÉ DE RANDONNEUR**

A mettre dans votre poche/sac à dos

**LA RANDALLAZ** 1 route de Choisy 74330 La-Balme-de-Sillingy  
randallaz74@gmail.com



**NOM :** ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Téléphone professionnel : .....

**Licence F.F.R.P. N° :** .....

N° de Sécurité Sociale : .....

**Nom de la Mutuelle :** .....

Adresse de cette mutuelle : .....

N° de la mutuelle : .....

**Médecin traitant :** .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

*A compléter à l'aide d'un crayon à papier*

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

Nom / Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Téléphone professionnel : .....

---

Nom / Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Téléphone professionnel : .....

---

Autres : .....  
.....  
.....

*A compléter à l'aide d'un crayon à papier*

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

Nom / Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Téléphone professionnel : .....

---

Nom / Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Téléphone professionnel : .....

---

Autres : .....  
.....  
.....

*A compléter à l'aide d'un crayon à papier*

Groupe sanguin : .....  
Vaccin antitétanique : .....  
Allergies : .....  
.....  
Actuellement, je suis soigné(e) pour : .....  
.....  
.....  
Je prends les médicaments suivants : .....  
.....  
.....  
Autres particularités à signaler : .....  
.....  
.....

Groupe sanguin : .....  
Vaccin antitétanique : .....  
Allergies : .....  
.....  
Actuellement, je suis soigné(e) pour : .....  
.....  
.....  
Je prends les médicaments suivants : .....  
.....  
.....  
Autres particularités à signaler : .....  
.....  
.....