

**Recommandations particulières :**

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

.....

Ce document est strictement confidentiel.  
Il sera dans votre trousse de pharmacie ou sous enveloppe  
cachetée dans le sac à dos.  
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 des erreurs.

**IV**

**GVRando CREPS**

Affilié à la FFRP sous le n°

**Carte d'identité médicale du randonneur**

A mettre dans la trousse à pharmacie ou dans le sac à dos

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** .....

**Licence FFR n° :** .....

**Date de naissance :** .....

**N° SS :** .....

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

**N° Mutuelle :** .....

**Médecin traitant :** .....

**Téléphone :** .....

**I**

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

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Téléphone domicile :**.....

**Téléphone portable :**.....

**Téléphone travail :** .....

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Téléphone domicile :**.....

**Téléphone portable :**.....

**Téléphone travail :** .....

**II**

**Groupe sanguin :** .....

**Vaccination antitétanique :** .....

**Allergies :** .....

.....

**Actuellement je suis soigné pour :** .....

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

.....

**III**