club alpin rochelais
fédération française des
clubs alpins et de montagne

# QUESTIONNAIRE SANTE

Ce questionnaire est à remplir **en amont** de la sortie et **à conserver pendant la durée de l'activitée dans une pochette plastique** pour renseigner les secours **dans le cas où vous auriez besoin d'une intervention médicalisée**.
Il est à votre charge d'être en possession de vos médicaments pour la durée de la sortie.

| | | |
|---|---|---|
| **NOM :** | | |
| **PRENOM :** | | |
| **AGE / Date de naissance :** | ans | / / |
| **TELEPHONE :** | | |
| **N° sécurité sociale :** | | |
| **Contact à prévenir en cas d'incident :** | Nom : | Téléphone : |

| |
|---|
| **ANTECEDENTS MEDICAUX :** |
| |
| **ANTECEDANTS CHIRURGICAUX :** |
| |
| **ALLERGIES :** |
| |
| **TRAITEMENTS MEDICAUX EN COURS** |
| |
| **ACTES MEDICAUX PREVUS** |
| |

*j'autorise l'encadrant de la sortie à prendre connaissance de ce document **uniquement sur demande express des services de secours** .*

*Le :* *Signature*

**Version A** du 14/10/2024