

MARCHES CAMPAGNE BEARNAISE

NOM	
PRENOM	
COMMUNE DOMICILE	
TEL/PORTABLE	
E-MAIL	
QUALIFICATION SECOURS (médecin, infirmière, secouriste)	

Veuillez remplir ce document et nous le remettre lors de votre prochaine marche. Merci.

MARCHES CAMPAGNE BEARNAISE -UTLA

Document confidentiel

(à conserver dans votre sac à dos)

NOM.....Prénom.....

Adresse complète.....

N° tél.....portable.....

Personnes à prévenir en cas d'accident :

Nom.....n° tél.....

Nom.....n° tél.....

Date de naissance.....lieu.....

N° Sécurité Sociale.....

Si autre, préciser.....

Mutuelle complémentaire.....

Assurance (FFS, FFME, CAF, etc..).....n°.....

GROUPE SANGUIN.....

Allergie éventuelle.....

Médicament ou traitement en cours.....