





## DOSSIER SANITAIRE

**NOM \*** : .....

**PRENOM \*** : .....

**N° SECURITE SOCIALE \*** : .....

**NOM - ADRESSE ET TEL. DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE \* :**

.....  
.....

**NOM - ADRESSE ET TEL. DU MEDECIN A CONTACTER EN CAS D'URGENCE \* :**

.....  
.....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

#### VACCINATIONS OBLIGATOIRES A COMPLETER \*

TETANOS	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	DATES DES DERNIERS VACCINS	.....
DT POLIO	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	DATES DES DERNIERS VACCINS	.....

#### ANTECEDENTS \*

ASTHME	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
DIABETE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
ALLERGIES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

PRECISER LA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES CONNUES                      OUI                            NON     

PRECISER LA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

HYPERTENSION	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

(\*) renseignements à compléter obligatoirement

SEULES LES INFORMATIONS CONCERNANT L'ETAT DE SANTE DU PARTICIPANT SERONT DIVULGUEES AU RESPONSABLE DU SECTEUR ET A SON SUPERIEUR IMMEDIAT AFIN DE PERMETTRE UNE MEILLEURE APPROCHE AINSI QU'UNE INTERVENTION PLUS EFFICACE EN CAS D'URGENCE.

EN CAS D'URGENCE, J'AUTORISE LE RESPONSABLE DU SECTEUR LOISIRS, LE BENEVOLE ENCADRANT, OU LES DIFFERENTS INTERVENANTS, A PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES POUR L'APPEL DES SECOURS ET DE ME TRANSPORTER PAR AMBULANCE OU AUTREMENT :

JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS PORTES CI-DESSUS ET M'ENGAGE A SIGNALER TOUTE MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS AINSI QU'A RESPECTER LES CONDITIONS D'INSCRIPTION ET D'ANNULATION LIEES AUX ACTIVITES ET SEJOURS.

J'ACCEPTTE TOUTE MODIFICATION DU PROGRAMME DES LORS QUE L'ACCOMPAGNATEUR EN AURA PRIS LA DECISION.

FAIT A : .....

LE : .....

SIGNATURE : .....

## **CHARTRE POUR LES MONTAGNARDS**

POUR DES RAISONS DE SECURITE ET DE LEGISLATION, VOICI L'ORGANISATION DE NOS SORTIES MONTAGNE ;

### **MESURES A RESPECTER IMPERATIVEMENT**

- ⇒ Se munir de bonnes chaussures de marche à tige montante,
- ⇒ Avoir le matériel nécessaire (cf. liste ci-après),
- ⇒ Suivre le cheminement de l'accompagnement,
- ⇒ Prévenir le responsable, en cas d'arrêt inopiné durant la balade,
- ⇒ Signaler à l'accompagnateur tout problème de santé particulier,
- ⇒ Fournir le certificat médical de non contre-indication à la pratique de la randonnée en montagne.

*Par sécurité, nous vous conseillons fortement l'acquisition du matériel de Recherche des Victimes d'Avalanches (ARVA pelle et sonde).*

***Sur présentation du ticket de caisse, une participation de 20 € vous sera versée par l'association.***

### **MATERIEL INDISPENSABLE**

- PIQUE NIQUE ET BOUTEILLE D'EAU,
- SAC A DOS,
- VETEMENT DE PLUIE,
- VETEMENT CHAUD DE TYPE POLAIRE,
- CHAPEAU,
- SIFFLET,
- COUVERTURE DE SURVIE,
- CARTE EUROPEENNE EN COURS DE VALIDITE, (délivrée par la CPAM),
- BATONS DE MARCHÉ,
- PAPIERS D'IDENTITE EN COURS DE VALIDITE,
- CHANGE (tee-shirt et chaussettes),
- PERMIS DE CONDUIRE POUR CHAUFFEUR,
- TRAITEMENTS MEDICAUX SI BESOIN,
- LUNETTES DE SOLEIL ET CREME SOLAIRE.