

QUESTIONNAIRE SANTE CLIENT

Ce questionnaire est à remplir, une fois par saison, **en amont** de votre première sortie de randonnée. Vous pouvez le garder sur vous pendant la durée de l'activité : **dans une poche intérieure de votre veste, plié dans une pochette plastique transparente étanche**. Votre accompagnateur en moyenne montagne pourra le consulter 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	NOM DE NAISSANCE :					
PRENOM	(Photo Facultative mais utile en cas de plusieurs victimes)					
AGE				ans	Né(e) le :	à :
ADRESSE						
TELEPHONE				Téléphone portable :	Ligne fixe :	
ESPACE SANTE				N° de sécurité sociale :		
	J'ai activé mon espace santé sur : https://www.monespacesante.fr/ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Contact à prévenir en cas d'accident	NOM :	Prénom :	Téléphone portable :			
	Par rapport à moi, ce contact appartient : <input type="checkbox"/> Famille....., <input type="checkbox"/> Amis, <input type="checkbox"/> Voisin, <input type="checkbox"/> Autre :					

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

ALLERGIES

TRAITEMENTS MEDICAUX EN COURS

ACTES MEDICAUX PREVUS DANS LA SAISON

J'autorise, sur cette base contractuelle, mon encadrant professionnel à prendre connaissance de ce questionnaire y compris par fouille corporelle si nécessité fait loi.

Signature :

Le, / / 202

Je soussigné(e) encadrant professionnel, m'engage à respecter la législation et à ne divulguer aucune information confidentielle de mon / ma client(e) autrement que dans le cadre de l'état de nécessité et à l'occasion de la réalisation d'un secours.

Signature :

35, route du Bouchet - BP. 24
74401 CHAMONIX cedex
Tél. : 04 50 55 30 30 Fax. : 04 50 53 47 44
www.ensm.sports.gouv.fr