

QUESTIONNAIRE SANTE

Ce questionnaire est à remplir, une fois par saison, **en amont** de votre première sortie d'activité organisée par le CAF de Nantua. Vous pouvez le garder sur vous pendant la durée de l'activité :

Dans une poche intérieure de votre sac, plié dans une pochette plastique transparente étanche.

Votre **encadrant** pourra la consulter pour renseigner les secours **dans les cas où vous auriez besoin d'une intervention médicalisée.**

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Age : ans Né(e) le :

à :

Adresse :

Téléphone : Mobile :

Ligne fixe :

N° de sécurité sociale :

Espace Santé :

Référence mutuel:

J'ai activé mon espace santé sur : <https://www.monespacesante.fr/>

O N

Contact à Prévenir :

Nom :

Prénom :

Mobile :

En cas d'accident :

par rapport à moi, ce contact appartient :

Famille :

Amis :

Autre :

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

ALLERGIES

TRAITEMENTS MEDICAUX EN COURS

ACTES MEDICAUX PREVUS DANS LA SAISON

J'autorise, sur cette base contractuelle, mon encadrant à prendre connaissance de ce questionnaire y compris par fouille de mes effets par nécessité.

Le,
Signature

Je soussigné, ,m'engage à respecter la confidentialité et à ne divulguer aucune information confidentielle du participant, sauf dans le cadre de l'état de santé nécessitant la réalisation d'un secours.

Signature :