

# 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 ou vous auriez besoin d'une intervention médicalisée.**

Nom :		Nom de naissance :	
Prénom :			
Age :	ans	Né(e) le :	à :
Adresse :			
Téléphone :	Mobile :	Ligne fixe :	
Espace Santé :		N° de sécurité sociale :	
		Référence mutuel:	
		J'ai activé mon espace santé sur : <a href="https://www.monespacesante.fr/">https://www.monespacesante.fr/</a>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.		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.	
Le, Signature		Signature :	
Ref: Doc Santé		Emetteur : APE	
		Date : 04/04/2025	
		Indice : 1	