

FICHE RENSEIGNEMENTS SANTÉ

NOM.....

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE.....

RÉGIME ALIMENTAIRE / ALLERGIES.....

.....

.....

.....

.....

PRATIQUEZ-VOUS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE ? OUI NON *

SI OUI LAQUELLE ?.....

.....

.....

AVEZ VOUS DÉJÀ PRATIQUÉ DES RANDONNÉES EN MOYENNE MONTAGNE ? OUI NON *

SI OUI INDIQUEZ LA DURÉE DES RANDONNÉES ET LE DENIVELÉ

.....

.....

AVEZ VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ ? OUI NON *

Signalez les problèmes mêmes minimes de genoux, hanches, dos, chevilles etc.

SI OUI INDIQUEZ LESQUELLES

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature

* Entourer la bonne réponse