



## ITINÉRAIRE DÉTAILLÉ

Nom du patient : \_\_\_\_\_

*Merci de prendre le temps de bien compléter ce document. Votre itinéraire précis est de première importance afin que nous puissions vous donner les meilleures informations lors de votre consultation santé-voyage.*

Date de départ : \_\_\_\_\_

### SI ALTITUDE

Date Du - Au	Lieu / Ville / Région	Province	Pays	Nombre de jours	Nom de la montagne	Hauteur en mètres

Altitude modérée : 2000 - 3500 mètres  
Très haute altitude : 3500 - 5500 mètres  
Altitude extrême : plus de 5500 mètres