



**PONEY CLUB DES ORATOIRES**  
 S.A.S. au capital de 53 300€  
 407 CH. DE SIX-FOURS A NOTRE DAME  
 83500 LA SEYNE SUR MER  
 TEL : 06.27.06.07.15

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR CAVALIER(E) MINEUR(E)

<b>CAVALIER(E) :</b>		<b>Sexe :</b>	M : <input type="checkbox"/> F : <input type="checkbox"/>
<b>NOM et PRENOM</b>		<b>Né(e) le</b>	..... / ..... / .....
<b>Tél</b>	Port : / / / /	<b>Fixe :</b>	/ / / /

<b>RESPONSABLE LEGAL ou TUTEUR</b>	Nom et Prénom :
	Qualité :                      Tél : / / / /                      ou                      / / / /
	Adresse :
	Code postal :                      Ville :

<b>AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :</b>	Contact n° 1 : .....	Qualité : .....
	TEL : / / / /                      ou                      / / / /	
	Contact n° 2 : .....	Qualité : .....
	TEL : / / / /                      ou                      / / / /	
	Contact n° 3 : .....	Qualité : .....
	TEL : / / / /                      ou                      / / / /	

Médecin traitant (facultatif) :	TEL : / / / /
---------------------------------	---------------

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- GROUPE SANGUIN :                      Rhésus :
- ASTHME    oui     non                       • ALLERGIES ALIMENTAIRES    oui     non
- ALLERGIES MEDICAMENTEUSES    oui     non
- AUTRES : .....
- CONTRE INDICATIONS MEDICALES : .....
- TRAITEMENT RECURENT EN COURS : .....

En cas d'allergie, précisez la cause et la conduite à tenir :

AUTRES RECOMMANDATIONS :

- DATE DU DERNIER VACCIN CONTRE LE TETANOS :
  - VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :
- Rubéole     Coqueluche     Varicelle     Otite     Angine     Rhumatismes     Rougeole     Oreillons

ANTECEDENTS MEDICAUX ET/OU CHIRURGICAUX :

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

- VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LUNETTES oui  non
- VOTRE ENFANT PORTE T-IL DESDES LENTILLES oui  non
- VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES PROTESES AUDITIVES oui  non
- VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES PROTESES OU APPAREIL DENTAIRES oui  non

## AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

Je Soussigné(e) ....., responsable légal (parent ou tuteur) de l'enfant .....né(e) le

- Reconnais avoir rempli consciencieusement cette fiche sanitaire de liaison annexée à la présente autorisation de soins concernant l'enfant ci-dessus nommé dont je suis le responsable légal.
- Autorise les membres de l'équipe enseignante du Poney Club des Oratoires à appeler le cas échéant les services d'urgence pour mon enfant mineur.
- Autorise les services d'urgence à prendre en charge le cas échéant mon enfant mineur ci-dessus nommé et dont je suis le responsable légal.
- Déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ ou au(x) séjour(s).

A la SEYNE/MER, le .....

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

## CONSENTEMENT A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous Soussignés Monsieur et Madame .....  
..... parents / tuteur légal de l'enfant mineur .....né(e) le .....

- Attestons que cette fiche sanitaire de liaison a été consciencieusement remplie.
- Autorisons en cas de nécessité pour l'état de santé de mon enfant, autorisons par avance le service de secours intervenant sur les lieux de l'activité à laquelle mon enfant mineur participe :
  - à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence sur mon enfant
  - à hospitaliser et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique sur mon enfant.
- Nous déclarons avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ ou au(x) séjour(s).

A la SEYNE/MER, le .....

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Le consentement des deux parents ou du tuteur légal est nécessaire