



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) MAJEUR(E)

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

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :	Contact n° 1 : Qualité : TEL : / / / / ou / / / /
	Contact n° 2 : Qualité : TEL : / / / / ou / / / /
	Contact n° 3 : Qualité : TEL : / / / / ou / / / /

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

- 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 :
- AVEZ-VOUS DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole Coqueluche Varicelle Otite Angine Rhumatismes Rougeole Oreillons

ANTECEDENTS MEDICAUX ET/OU CHIRURGICAUX :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

- PORTEZ-VOUS DES LUNETTES oui non
- PORTEZ-VOUS DES LENTILLES oui non
- PORTEZ-VOUS DES PROTESES AUDITIVES oui non
- PORTEZ-VOUS DES PROTESES OU APPAREIL DENTAIRE oui non

AUTORISATION DE SOINS

Je Soussigné(e)

- Reconnais avoir rempli consciencieusement cette fiche sanitaire de liaison au dos de la présente autorisation de soins.
- Autorise les membres de l'équipe enseignante du Poney Club des Oratoires à appeler pour moi, le cas échéant, les services d'urgence.
- Autorise les services d'urgence à prendre à me prendre en charge le cas échéant.
- 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 précédée de la mention manuscrite
"Lu et approuvé"

CONSENTEMENT A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Je Soussigné(e)

- Atteste avoir rempli consciencieusement la fiche sanitaire de liaison au dos a été.
- Autorise en cas de nécessité pour mon état de santé, autorise par avance le service de secours intervenant sur les lieux de l'activité à laquelle je participe :
 - à me prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence
 - à m'hospitaliser et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique.
- Je 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 précédée de la mention manuscrite
"Lu et approuvé"