



FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

MERCREDI Horaire

SAMEDI Horaire

Nom : **Prénom** :

Né(e) le :/...../..... **Nationalité** :

Sexe : féminin masculin

Adresse :

.....

.....

Téléphone : **Portable** :

Mail :@.....

Personne à prévenir en cas d'accident : **Médecin traitant** :

Nom prénom : **Nom** :

Téléphone : **Téléphone** :

N° de licence année en cours : **Niveau / expérience équestre** :
Les cavaliers sans licence devront s'acquitter d'une à l'inscription

Certificat Médicale (Obligatoire)

Représentant(s) légal(aux)

Nous, soussignés, Monsieur / Madame Responsable(s)
légal(aux) de l'enfant mineur Nom : Prénom :
né(e) le ____ / ____ / ____

Nom, prénom :

Adresse :

Père Mère Tuteur légal (1) : Tél. :

Nom, prénom :

Adresse :

Père Mère Tuteur légal (1) : Tél. :

Je soussigné(e) : autorise
L'enfant..... dont je suis le responsable légal à participer à toutes les
activités proposées par le Poney Club du MAS MARIE. *Le parent, représentant légal signataire est présumé avoir
recueilli l'accord de l'autre parent, titulaire de l'autorité parentale.*

Oui **Non** Je déclare accepter l'utilisation de mon image ou celle du mineur dont je suis le représentant légal
par l'établissement dans le cadre de la pratique de ses activités équestres

Fait à le

cavalier mineur : signature du père, de la mère ou du tuteur, signature du **cavalier majeur**,



AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

Je, soussigné(e) _____ parent / tuteur légal

(1) de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

né(e) le ____ / ____ / ____

- Reconnais avoir rempli la fiche sanitaire de liaison concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- Déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A _____, le _____

Signature du représentant légal précédé de la
mention manuscrite « **Lu et approuvé** »

CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Consentement des deux parents ou tuteur légal est nécessaire

Nous, soussignés, Monsieur _____ Madame _____

parents / tuteurs légaux (1) de l'enfant mineur Nom : _____ Prénom : _____

né(e) le ____ / ____ / ____

- Reconnaissons avoir rempli la fiche sanitaire de liaison concernant notre enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- Autorisons par avance, en cas de nécessité pour l'état de santé de notre enfant, le service de secours :

à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence ;

à hospitaliser, et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique.

- Déclarons avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A _____, le _____

Signature du représentant légal précédé de la
mention manuscrite « **Lu et approuvé** »

Signature du représentant légal précédé de la
mention manuscrite « **Lu et approuvé** »

(1) rayer la mention inutile

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom.....Prénom.....

Date de naissance.....

Coordonnées de la ou les personnes à contacter en cas d'Urgence :

Contact 1 :..... Qualité :.....

Tel 1 :.....Tel 2 :.....

Contact 2 :..... Qualité :.....

Tel 1 :.....Tel 2 :.....

Fiche sanitaire

· Sexe : féminin masculin

· Groupe sanguin : _____ Rhésus : _____

· Vaccination (remplir à partir du carnet de santé, des certificats de vaccination ou joindre la copie des pages de vaccinations du carnet de santé).

Précise-s'il s'agit :

Diphtérie : date _____ date rappel _____

Tétanos : date _____ date rappel _____

Poliomyélite : date _____ date rappel _____

Ou DT Polio : date _____ date rappel _____

Ou Tétracoq : date _____ date rappel _____

BCG date 1^{ère} vaccin _____ date revaccination _____

Injection de sérum

Nature _____ date _____

Nature _____ date _____

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Coqueluche Varicelle Otites Angines Rhumatismes Rougeole Oreillons

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

Vos recommandations

(Allergie, interdictions, contre-indications médicales, traitement en cours...)

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

PONEY CLUB DU MAS MARIE

MAS MARIE, ROUTE DE MIREVAL - 34750 VILLENEUVE LES MAGUELONE

Tel. 06 61 75 82 85 – Mail : poneyclubdumasmarie@orange.fr

www.poneyclubdumasmarie.fr