

FICHE SANITAIRE CONFIDENTIELLE

Cette fiche a été conçue afin de recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour du cavalier dans notre établissement. Nous vous demandons de bien vouloir nous fournir avec soin ces divers renseignements et de les modifier à tout moment afin de les réactualiser. Nous vous en remercions par avance et vous demandons de bien vouloir écrire en lettres capitales.

NOM :..... **Prénom:**

Sexe : masculin - Féminin - Date de Naissance : --/--/----

Adresse :

Code Postal : - - - - COMMUNE :

N° carte vitale :

Numéro de la complémentaire :

Nom et adresse de la complémentaire Numéro :

.....

LICENCE FFE :

Tel : .. / .. / .. / .. / .. / Port : 06/ .. / .. / .. / .. / Mail :

RESPONSABLE Légal : NOM :..... **Prénom:**.....

Profession : **père** **mère**

Adresse : (si différente).....

C.P : - - - - COMMUNE

Tel : .. / .. / .. / .. / .. / Port : .. / .. / .. / .. / Mail :

EN CAS D'ACCIDENT PREVENIR :

HOPITAL :

CLINIQUE :

Nom du MEDECIN TRAITANT :

Tel : .. / .. / .. / .. / .. /

ALLERGIES EVENTUELLES :

.....
.....
.....
.....
.....