

## FICHE D'INSCRIPTION – SAISON 2020-2021

### IDENTITE DU CAVALIER

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Niveau équestre \_\_\_\_\_ Jour et horaire de cours souhaité \_\_\_\_\_

### Coordonnée(s) de la ou des personnes à contacter en cas d'urgence

Contact 1 \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Contact 2 \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON (Cavalier mineur uniquement)

Sexe  féminin  masculin Groupe sanguin \_\_\_\_\_ Rhésus \_\_\_\_\_

Vos recommandations (allergie, interdictions, contre-indications médicales, traitement en cours...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorisation de baignade  Oui  Non

### AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, parent / tuteur légal de l'enfant (*rayez la mention inutile*),

- 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).

Autorise par avance, en cas de nécessité pour l'état de santé de mon 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.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

