



Établissement Public Local d'Enseignement
et de Formation Professionnelle Agricoles

DEPARTEMENT : POLE EQUESTRE

Dossier suivi par : AMANDINE HELMER/CAROLINE LEPAND

Poste : 03.29.86.10.42

caroline.lepand@educagri.fr

FICHE D'INSCRIPTION et D'URGENCE 2017-2018

CHEVAL CLUB

JOUR ET HEURE DE LA REPRISE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CAVALIER :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ... / ... / ... Lieu de naissance :

Garçon Fille

Numéro de licence FFE : / / / / / / / / /

Diplômes équestres acquis : Galops 1 2 3 4 5 6 7

Adresse :

Code postal- Ville :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE CAVALIER :

Groupe sanguin : Nom et coordonnées du Médecin traitant :

- Le cavalier a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

Asthme oui non

Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non

Autres (animaux, plantes, pollen).....

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).....

.- Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations et joindre une photocopie des vaccinations.

OBSERVATIONS PARTICULIERES QUE VOUS JUGEZ UTILES DE SIGNALER :

(Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires et auditifs, etc.)

Précisez :

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente le cavalier accidenté vers l'hôpital le plus adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.



Établissement Public Local d'Enseignement
et de Formation Professionnelle Agricoles

DEPARTEMENT : POLE EQUESTRE

Dossier suivi par : AMANDINE HELMER/CAROLINE LEPAND

Poste : 03.29.86.10.42

caroline.lepand@educagri.fr

REGLEMENTATION :

-Le respect du règlement intérieur est impératif. Les signataires de ce formulaire attestent en avoir pris connaissance.

- Pour pratiquer l'équitation en toute sécurité, passer des examens fédéraux (Galops) et/ou participer à des épreuves sportives : **La Licence Fédérale est obligatoire, ainsi qu'un certificat médical de non contre-indication à la pratique des sports équestres y compris en compétition. (Validé depuis moins de 4 mois)**

- Le port du Casque est obligatoire (NF 1384)

AUTORISATION DE SOINS POUR LES MINEURS

Je soussigné (e) (Nom et Prénom)représentant légal de l'enfant
..... autorise le Poney Club de l'EPL AGRO de la Meuse, à prendre toutes
mesures indispensables que nécessiterait l'état de santé de mon enfant et suivant l'urgence et la gravité de son état à
faire transporter (SAMU/Pompier) mon enfant sur le lieu défini par le médecin régulateur.

Autorise le Poney Club de l'EPL AGRO de la Meuse, à prendre toutes mesures indispensables que nécessiterait l'état
de santé de mon enfant et suivant l'urgence et la gravité de son état à faire transporter (SAMU/Pompier) mon enfant
sur le lieu défini par le médecin régulateur.

DROIT A L'IMAGE

J'autorise le Poney Club de l'EPL AGRO de la Meuse à photographier et filmer dans le cadre de ses activités mon
enfant ou moi-même et autorise la diffusion de ces épreuves au sein de la structure.

◇ Oui ◇ Non

J'autorise le Poney Club de l'EPL AGRO de la Meuse à utiliser ces épreuves pour illustrer son site internet ou
plaquette d'information.

◇ Oui ◇ Non

Je soussigné,, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et
m'engage à réactualiser si nécessaire.

Fait à Belleray, le .../.../20...

Signature du ou des parents



Établissement Public Local d'Enseignement
et de Formation Professionnelle Agricoles

DEPARTEMENT : POLE EQUESTRE

Dossier suivi par : AMANDINE HELMER/CAROLINE LEPAND

Poste : 03.29.86.10.42

caroline.lepand@educagri.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

PERE (ou tuteur): Responsable légal	MERE (ou tuteur): Responsable légal
Situation familiale : mariés séparés divorcés veuf (ve) concubinage	
Les courriers devront être adressés : PARENTS/MERE /PERE /AUTRES (à préciser)	
NOM : Prénoms : Date de naissance : Lieu de naissance : n° Sécurité Sociale : ADRESSE du DOMICILE - Rue ou lieu-dit : Code postal : Commune : N° téléphone personnel : N° de fax : N° téléphone portable : e-mail :	NOM : Prénoms : Date de naissance : Lieu de naissance : n° Sécurité Sociale : ADRESSE du DOMICILE - Rue ou lieu-dit : Code postal : Commune : N° téléphone personnel : N° de fax : N° téléphone portable : e-mail :
Emploi : NOM – adresse du lieu de travail : N° téléphone :	Emploi : NOM – adresse du lieu de travail : N° téléphone :