



FICHE MEDICALE ADULTE

ANNEE SCOLAIRE 2010- 2011

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

AGE :

Avez-vous des allergies :

OUI

NON (rayer la mention inutile)

Si OUI, précisez à quoi :

Etes-vous asthmatique : OUI

NON (rayer la mention inutile)

Remarques médicales particulières dont vous souhaitez nous faire part :

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

Je soussigné(e), Docteur _____ certifie que _____ ne présente pas de contre indication à la pratique de l'équitation le _____.

Cachet du médecin

Je soussigné(e) _____, autorise le club EQUIRUN à prendre toute disposition médicale nécessaire à mon égard, en cas de besoin, et en informer _____ au _____ ou informer _____, au _____.

Fait à Etang Salé, le

Signature