



EQUIRUN Poney Club

37, allée de Montaignac
97427 Etang-salé les Hauts
Ile de la Réunion
Tél / Fax : 0262 26 52 52
equirun.reunion@orange.fr
Siret : 399 297 975 00011

FICHE MEDICALE

ANNEE SCOLAIRE 2010- 2011

NOM de l'enfant :

PRENOM :

Date de naissance :

AGE :

Mon enfant a des allergies : OUI

NON (*raier la mention inutile*)

Si OUI, préciser à quoi :

Mon enfant est asthmatique : OUI

NON (*raier la mention inutile*)

Si OUI, sait-il ce qu'il doit faire en cas de crise ? OUI NON

Porte-il toujours avec lui un inhalateur ? OUI NON

Si oui, lequel :

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) _____, père, mère, tuteur (*raier les mentions inutiles*) autorise le club EQUIRUN à prendre toute disposition médicale nécessaire à l'égard de mon enfant _____, en cas de besoin, et m'en informer au _____ ou informer _____, au _____.

Fait à Etang Salé, le

Signature du père, de la mère, du tuteur (*raier les mentions inutiles*)