



# PONEY CLUB DE TRANGY

7, rte de Trangy - 58000 Nevers Saint Eloi

Tél. / Fax : 03 86 37 16 88



## FICHE SANITAIRE

### VOTRE ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

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

Nationalité : .....

#### Vaccinations :

Date du dernier rappel DT Polio : .....

Dates des autres vaccins : ROR : ..... Hépatite B : ..... BCG : .....

Autres : .....

Si votre enfant n'est pas vacciné, y a-t-il des raisons médicales ? .....

#### Renseignements médicaux :

Votre enfant souffre t'il d'asthme ou autre allergies reconnues type animale, alimentaires, médicamenteuses etc :

.....

Votre enfant suit-il un traitement médical : .....

Merci de nous transmettre une ordonnance valable et les médicaments nécessaires.

Merci de nous préciser quels sont les médicaments que vous utiliser pour votre enfant :

En cas de maux de tête : .....

En cas de maux de ventre : .....

Autre : .....

Recommandations particulières concernant votre enfant :

.....

.....

### PARENT(S) OU TUTEUR(S)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Numéro de sécurité social couvrant l'enfant : .....

#### Mutuelle couvrant l'enfant:

Nom : .....

Numéro de mutuelle : .....

Adresse : .....

Si possible joindre photocopie d'attestation

#### Médecin traitant :

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

Je soussigné(e) : ..... autorise l'enfant ..... dont je suis responsable, à participer à toutes les activités du poney-club de Trangy et autorise les responsables à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaire.

Fait à ..... Le ..... Signature :