



**FICHE D'INSCRIPTION et D'URGENCE 2019-2020**  
**PONEY CLUB**

JOUR ET HEURE DE LA REPRISE : .....

- FREQUENCE :  Trimestre (135€)     Carte 10 séances (140€)     Bébé Cavalier (90€)  
 3 séances d'essai (32€) je joins mon règlement à cette fiche d'inscription  
 Licence obligatoire -18 ans (25€)  
 Licence obligatoire +18 ans (36€)  
 Adhésion 2019-2020 (25 €)

**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.**

## **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 pour participer aux concours).**  
(Validé depuis moins de 4 mois)

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article L. 321-4 du Code du sport, de l'intérêt que présente la souscription d'une assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels auxquels je peux être exposé(e) dans le cadre de la pratique de l'équitation.

Je reconnais avoir pris connaissance et signé les conditions d'assurance responsabilité civile et individuelle accident offertes par la licence FFE, ainsi que des modalités permettant de souscrire des garanties complémentaires détaillées dans le présent contrat, sur ma page cavalier depuis le site [www.ffe.com](http://www.ffe.com) et sur [www.pezantassurance.fr](http://www.pezantassurance.fr).

**- Le port du Casque est obligatoire (NF 1384)**

## **ABSENCES**

**Les séances qui ne sont pas annulées 24 heures à l'avance seront décomptées de la carte.**

**Les séances ne sont pas récupérables sur le forfait trimestriel.**

## **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

## **PROTECTION DES DONNES PERSONNELLES**

L'établissement équestre dispose d'un fichier informatique recensant des données fournies par les clients qui y ont expressément consentis. Ce fichier a pour finalité la gestion des activités quotidiennes de l'établissement et notamment l'organisation des leçons d'équitation, la vie quotidienne de l'établissement équestre, l'inscription aux stages et compétitions sportives, etc. Seules les personnes ayant des fonctions de secrétariat et d'encadrement au sein de l'établissement ont accès à ces données dans le cadre de leur mission.

J'accepte d'être recensé(e) dans le fichier informatique du club et bénéficie directement auprès du club d'un droit d'accès, de portabilité et de rectification conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

J'ai été informé que la souscription d'une licence implique la collecte de mes données personnelles par le club et par la FFE pour l'exécution des services dont je bénéficie.

En souscrivant une licence, j'ai pris connaissance et j'accepte la politique de confidentialité de la FFE accessible à l'adresse [www.ffe.com/rgpd](http://www.ffe.com/rgpd)

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 :**

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

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

**Cette fiche doit être consciencieusement remplie et signée.**

### Cavalier MINEUR

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Date de naissance</b> ..... / ..... / .....	<b>E-mail</b> .....@.....
<b>Adresse</b> .....	
<b>Tél</b> Tel. 1. ....	Tel. 2 .....
<b>Coordonné(e)s de la ou des personnes à contacter en cas d'urgence</b>	Contact 1 : ..... Qualité : .....
	Tel. 1 : ..... Tel. 2 : .....
	Contact 2 : ..... Qualité : .....
	Tel. 1 : ..... Tel. 2 : .....

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Fiche sanitaire	Vos Recommandations
<p>- Sexe : <input type="checkbox"/> féminin    <input type="checkbox"/> masculin</p> <p>- Groupe sanguin : ..... Rhésus: .....</p> <p>- Vaccination (remplir à partir du carnet de santé, des certificats de vaccination ou joindre la copie des pages de vaccinations du carnet de santé).</p> <p>Précisez s'il s'agit:</p> <p><input type="checkbox"/> Diphtérie : date..... date rappel.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tétanos : date..... date rappel.....</p> <p><input type="checkbox"/> Poliomyélite : date..... date rappel.....</p> <p>Ou <input type="checkbox"/> DT Polio : date..... date rappel.....</p> <p>Ou <input type="checkbox"/> Tétracoq : date..... date rappel.....</p> <p><input type="checkbox"/> BCG date 1<sup>ère</sup> vaccin..... date revaccination.....</p> <p><input type="checkbox"/> Injection de sérum</p> <p>Nature..... date.....</p> <p>Nature..... date.....</p> <p>Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....</p> <p>.....</p> <p>L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Rubéole    <input type="checkbox"/> Coqueluche    <input type="checkbox"/> Varicelle    <input type="checkbox"/> Otites</p> <p><input type="checkbox"/> Angines    <input type="checkbox"/> Rhumatismes    <input type="checkbox"/> Rougeole    <input type="checkbox"/> Oreillons</p> <p><b>Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>(Allergie, interdictions, contre-indications médicales, traitement en cours...)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Autorisation de baignade : <input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><b>Assurance</b></p> <p><input type="checkbox"/> N° de licence FFE : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Carte Vacances (valable 1 mois) : .....</p> <p>Coordonnées de Generali Cabinet PEZANT : 02 31 06 08 09</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (nom de l'assureur et le n° de police d'assurance) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>Club / Organisme Responsable</b>	
Nom du Club : .....	
Adresse : .....	
Téléphone du Club : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	
Nom du référent Club : .....	
Téléphone du référent Club : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	

*Cette fiche doit être consciencieusement remplie et signée.*

### Autorisation de soins sur mineur

Je, soussigné(e), ..... , parent / tuteur légal de l'enfant....., né(e) le .....

- Reconnaît **avoir rempli(e) consciencieusement la fiche sanitaire de liaison (au dos)** concernant mon enfant mineur, annexée à la présente autorisation de soins
- Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A ....., le.....

*Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*

### Consentement à une intervention chirurgicale

Nous, soussignés, Monsieur et Madame

....., parents / tuteur légal de l'enfant mineur ....., né(e) le .....

- Reconnaissons avoir **remplis consciencieusement la fiche sanitaire de liaison (au dos)** concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- Autorisons en cas de nécessité pour l'état de santé de mon enfant, autorisons par avance le service de secours intervenant sur les lieux de l'activité à laquelle mon enfant mineur participe :
  - à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence sur mon enfant ;
  - à hospitaliser, et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique sur mon enfant.
- Nous déclarons avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A ....., le.....

*Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*

*Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*

*Le consentement des deux parents ou du tuteur légal est nécessaire.*