

AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

CAVALIER MINEUR

Nom Prénom

Date de naissance / / E-mail

N° licence FFE / / / / / / Club

Adresse
Code postal Ville

Tél Mob. / / / / Fixe / / / /

Nom du/des représentant(s) légal (aux) :

..... Tel n°1 : / / / /

..... Tel n°2 : / / / /

Je soussigné(e)(s), titulaire(s) de l'autorité parentale,

☐ Mère :

☐ Père :

☐ Représentant légal :

- Reconnaît avoir rempli consciencieusement la fiche sanitaire de liaison concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- En cas de nécessité pour l'état de santé de mon enfant, autorise 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.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A, le.....

*Signatures du / des titulaire(s) de l'autorité parentale
précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEUR - FICHE SANITAIRE DE LIAISON

FICHE SANITAIRE

- Groupe sanguin : Rhésus:

- Vaccination (remplir à partir du carnet de santé, des certificats de vaccination ou joindre la copie des pages de vaccinations du carnet de santé).

Précisez s'il s'agit:

☐ Diphtérie : date..... date rappel.....

☐ Tétanos : date..... date rappel.....

☐ Poliomyélite : date..... date rappel.....

ou ☐ DT Polio : date..... date rappel.....

ou ☐ Tétracoq : date..... date rappel.....

☐ BCG date 1^{ère} vaccin..... date revaccination.....

☐ Injection de sérum

Nature..... date.....

Nature..... date.....

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

☐ Rubéole ☐ Coqueluche ☐ Varicelle ☐ Otites

☐ Angines ☐ Rhumatismes ☐ Rougeole ☐ Oreillons

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....
.....

VOS RECOMMANDATIONS

(Allergie, interdictions, contre-indications médicales, traitement en cours...)

.....
.....
.....
.....
.....

ASSURANCE

☐ N° de licence FFE :

.....

☐ Carte Vacances (valable 1 mois) :

.....

Coordonnées de Helmet: 02 31 06 28 99

☐ Autre : (nom de l'assureur et le n° de police d'assurance) :

.....
.....
.....
.....

CLUB / ORGANISME RESPONSABLE

Nom du Club :

SARL LES CRINS DE JASPE/L'ECRIN DE JASPE

Adresse :

La Ginibirère – 81140 ST BEAUZILE

Téléphone du Club : Aude 06/61/23/04/97 ou Florie 06/72/55/33/08

Nom du référent Club :

GASC AUDE

Téléphone du référent Club : 06/61/23/04/97

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR UNE DEMANDE DE LICENCE DE MINEUR



FEDERATION FRANÇAISE
D'EQUITATION

ATTESTATION A REMETTRE AU CLUB AU SEIN DUQUEL JE SOLLICITE MA LICENCE

Dans le cadre de la demande de licence de mon enfant auprès de la Fédération Française d'Equitation, je soussigné(e) avoir répondu à l'auto questionnaire de santé ci-après. *A noter que ce questionnaire est applicable dans le cadre d'une création ou d'un renouvellement de licence FFE.*

Dans le respect du secret médical, je conserve de manière **STRICTEMENT PERSONNELLE**, ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite ma licence FFE.

En tant que représentant légal de l'enfant, j'atteste :

- **Avoir répondu non à toutes les questions du questionnaire** : je transmets la présente attestation au club au sein duquel je sollicite la prise ou le renouvellement de ma licence FFE.
- **Avoir répondu oui à une ou plusieurs questions du questionnaire** : je dois transmettre au club au sein duquel je sollicite la prise ou le renouvellement de ma licence FFE un certificat médical datant de moins de 6 mois, et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'équitation.

Attestation du ou des représentants légaux :

Nom(s) :

Prénom(s) :

Date :/...../.....

Fait à : Signatures :

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR UNE DEMANDE DE LICENCE DE MINEUR



ATTESTATION A CONSERVER PAR LA PERSONNE QUI DEMANDE UNE PRISE OU UN RENOUVELLEMENT DE LICENCE FFE

Avertissement à destination des représentants légaux : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐	Ton âge ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal à la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐

As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐

Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐

Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouverez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans).	☐	☐

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.