



Centre équestre de Mousty
Rue de Franquénies, 36 - 1341 Cérroux-Mousty
www.centreequestredemousty.be
centreequestredemousty@gmail.com

Fiche individuelle de santé

Merci de compléter ce questionnaire avec précision (parent(s)/tuteur(s) ou médecin)

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Personne(s) à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Tél :

Nom : Tél :

Données médicales de l'enfant:

Médecin traitant : Dr.....Tél :

Maladies antérieures ou opérations subies :

.....

Est-il atteint de somnambulisme ? OUI - NON

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI - NON

- En quelle année ? Date d'un éventuel rappel ?

Est-il allergique ou particulièrement sensible :

- à des médicaments ? OUI - NON. Si oui, lesquels ?

.....

- à certaines matières ou aliments ? OUI - NON. Si oui, lesquels ?

.....

Lors des repas : il mange ce qu'il veut - il doit manger de tout - il a un régime alimentaire :

Souffre-t-il d'incontinence ? OUI - NON - PARFOIS - SOUVENT



Centre équestre de Mousty
Rue de Franquénies, 36 - 1341 Céroux-Mousty
www.centreequestredemousty.be
centreequestredemousty@gmail.com

Est-il vite fatigué ? OUI - NON

Peut-il participer sans inconvénient à des activités sportives ? OUI - NON

Doit-il prendre des médicaments en cours de séjour ? OUI - NON

Si oui, lesquels, à quelle dose et à quelle fréquence

.....

Y a-t-il des remarques supplémentaires concernant sa participation à nos activités?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

J'autorise l'enfant à participer aux activités organisées par le Centre
Équestre de Mousty : OUI - NON

Date, nom(s) et signature(s) :

<p><i>Veillez apposer une vignette de mutuelle ici.</i></p> <p><i>Ne pas coller complètement</i></p>	<p><i>Veillez apposer une vignette de mutuelle ici.</i></p> <p><i>Ne pas coller complètement</i></p>
--	--