

LE RANCH JACK

Centre équestre Poney-club, Stages d'équitation, Pension de chevaux,
Tourisme Equestre, Concours, Ecole française d'équitation

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MEDICALE EN CAS DE MALADIE, OU D'HOSPITALISATION EN CAS D'ACCIDENT. Valable du 01/09/2025 au 31/08/2026

Je soussigné(e), M. /Mme _____,
demeurant _____,
Tél : _____

Né(e) le ____/____/____; déclare autoriser les responsables du centre équestre LE RANCH JACK à décider en mon lieu et place (dès lors que je suis à ce centre équestre à l'occasion d'un stage, d'une leçon, d'une randonnée, d'une compétition équestre...), de ce qu'il conviendrait de faire en cas d'accident ou de maladie me concernant; et notamment autoriser l'hospitalisation et /ou le traitement d'urgence par tout centre de soins approprié.

Je souhaite toutefois que la ou les personnes suivantes informées le plus tôt possible
(Nom Prénom et téléphone) :

Par ailleurs, je tiens à vous signaler que je dois prendre le traitement suivant (joindre une copie de l'ordonnance) : _____,*
fais une allergie à : _____.*

Fait pour valoir ce que de droit.

Fait à _____, le _____.

Signature précédée de la mention « bon pour accord »

** remplir si nécessaire*