

**PERSONAL DETAILS/
DONNEES PERSONNELLES**

Next of Kin/*Parent le plus proche*

Relationship/
Degré de parenté

Name/*Nom*

Address/*Adresse*

.....

.....

.....

Tel No./*Numéro de tél.*

Change of Address/*Changement d'adresse*

.....

.....

New Tel No./*Nouveau numéro de tél.*

Horse Box Details/*Description du transport du cheval*

Make/*Marque*

Colour/*Couleur*

Registration No./
Numéro d'immatriculation

**If you have any difficulties completing this card
please contact the FEI Medical Committee Chairman
*En cas de difficultés à compléter cette fiche
veuillez contacter le Président de la Commission Médicale FEI***

**c/o Nathalie Desscan, FEI Eventing Department/
Département Concours Complet de la FEI
Tel/Tél : (41 21) 310 47 47 Fax : (41 21) 310 47 60**

F E I Medical Card / Fiche Médicale FEI

Name of your own doctor/
Nom de votre médecin

Address/*Adresse*

.....

.....

.....

Tel No./*Numéro de téléphone*

Your Name in full/
Nom, prénom(s)

Date of Birth/*Date de naissance*

Nationality/*Nationalité*

Religion/*Religion*

Permanent Address/*Adresse permanente*

.....

.....

.....

Tel No./*Numéro de téléphone*

Change of Address/*Changement d'adresse*

.....

.....

.....

Tel No./*Numéro de téléphone*

Previous Medical History / *Antécédents Médicaux*

Previous Injuries / *Blessures Antérieures*

	YES	NO
Head / <i>Tête</i>		
Concussion / <i>Commotion</i> (State number / <i>Spécifiez le nombre</i>)		
Face / <i>Visage</i>		
Neck / <i>Cou</i>		
Back / <i>Dos</i>		
Chest / <i>Poitrine</i>		
Abdomen / <i>Abdomen</i>		
Limbs / <i>Membres</i>		
Previous Surgical Operations / <i>Interventions Chirurgicales</i>		
Diabetes / <i>Diabète</i>		
Epilepsy / <i>Epilepsie</i>		
Blackouts / <i>Syncope</i>		
Asthma / <i>Asthme</i>		
Heart / <i>Coeur</i>		
Lung / <i>Poumon</i>		
Other (including Renal) / <i>Autres (y compris Reins)</i>		

Supplementary Information / *Informations supplémentaires*

Normal Sight / <i>Vue normale</i>		
Normal Pupils / <i>Pupilles normales</i>		
Contact Lenses / <i>Verres de contact</i>		
Normal Hearing / <i>Ouïe normale</i>		
Allergies / <i>Allergies</i>		

Medication / *Médication*

Are you on Cortisone (Steroid)? / <i>Prenez-vous de la Cortisone (Stéroïdes)?</i>		
Have you ever required Cortisone Treatment? / <i>Avez vous déjà été soigné avec de la Cortisone?</i>		
Blood Group (if known) / <i>Groupe sanguin (si connu)</i>		
Date of last Tetanus immunisation / <i>Date du dernier vaccin contre le Tétanos</i>		

PLEASE RECORD THE DETAILS OF PREVIOUS INJURIES/SURGICAL

OPERATIONS/MEDICAL CONDITIONS BELOW, INCLUDING DATES
*VEUILLEZ DONNER CI-DESSOUS LES DETAILS DES BLESSURES
ANTERIEURES/INTERVENTIONS CHIRURGICALES/CONDITIONS MEDICALES, AVEC
LES DATES Y RELATIVES*

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

PLEASE RECORD ALL CURRENT MEDICATION BELOW
VEUILLEZ INSCRIRE TOUT TRAITEMENT ACTUELLEMENT EN COURS

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

PLEASE RECORD DETAILS OF ANY ALLERGIES
VEUILLEZ INDIQUER VOS EVENTUELLES ALLERGIES

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