

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 Honorary Medical Advisor
En cas de difficultés à compléter cette fiche
veuillez contacter le Conseiller Honoraire Médical de la FEI

Dr John Lloyd Parry
c/o FEI Veterinary Department/Département Vétérinaire de la FEI
Tel/Tél : (41 21) 310 47 47 Fax : (41 21) 310 47 60

FE 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 Précédentes

YES

NO

Head/Tête

Concussion/Commotion (State number/Spécifiez le nombre)

Face/Visage

Neck/Cou

Back/Dos

Chest/Poitrine

Abdomen/Abdomen

Limbs/Membres

Previous Surgical Operations/Interventions Chirurgicales

Diabetes/Diabète

Epilepsy/Epilepsie

Blackouts/Syncope

Asthma/Asthme

Heart/Coeur

Lung/Poumon

Other (including Renal)/Autres (y compris Reins)

Supplementary Information/Informations complémentaires

Normal Sight/Vue normale

Normal Pupils/Pupilles normales

Contact Lenses/Verres de contact

Normal Hearing/Ouïe normale

Allergies/Allergies

Medication/Médication

Are you on Cortisone (Steroid)?/Prenez-vous de la Cortisone (Stéroïdes)?

Have you ever required Cortisone Treatment?/Avez vous déjà été soigné avec de la Cortisone?

Blood Group (if known)/Groupe sanguin (si connu)

Date of last Tetanus immunisation/Date du dernier vaccin contre le Tétanos.....

PLEASE RECORD THE DETAILS OF PREVIOUS INJURIES/SURGICAL
OPERATIONS/MEDICAL CONDITIONS BELOW, INCLUDING DATES
VEUILLEZ DONNER CI-DESSOUS LES DETAILS DES BLESSURES
PRECEDENTES/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

.....

.....

.....

.....

.....

Please refer to General Regulations ?/Veillez vous référer au Règlement Général