



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*
Dr Craig Ferrell**

**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**



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*.....

FEI EVENTING MEDICAL CARD



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

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