

**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**

**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*.....

**Previous Medical History/ Antécédents Médicaux**

**Previous Injuries/ Blessures Antérieures**

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)

YES	NO

**Supplementary Information/ Informations supplémentaires**

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.....


**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*

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