

# 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 01/09/2024 au 31/08/2025

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*