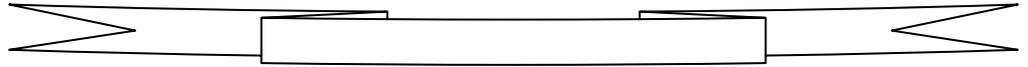




32ème RANDONNÉE RÉGIONALE PONEY
Du lundi 19 août au vendredi 23 août 2024



Ouverte à tous les cavaliers de 8 à 16 ans, possédant une licence FFE de l'année en cours, et les poneys (ABCD). Les accompagnateurs au nombre d'un pour 10 jeunes pourront être à cheval.

RENDEZ - VOUS : lundi 19 août au Haras de la Pelois à St Martin des Monts à partir de 14H00.

Inscriptions

Les frais d'inscriptions sont de 95,00 € par personne. Le CRE prend à sa charge la différence.

Les inscriptions sont à effectuer par les clubs sur la DUM par le biais du site FFE SIF. En parallèle, les fiches ci-jointes sont à adresser au CRE, ou à remettre le jour de la réunion dont vous trouverez le coupon réponse ci-après.

Les clubs peuvent intégrer à leur groupe, un cavalier handicapé pour lequel le CRE prendra en charge l'inscription et la location du poney (forfait location poney : 200 euros). Si un club souhaite intégrer plus d'un cavalier, faire la demande par mail auprès du secrétariat : secretariat@crepdll.fr

Sportivement,

Les organisateurs



Réunion des bénévoles et responsables de clubs participants à la randonnée régionale
Lundi 10 JUIN 2024 au Lion d'Angers à 14 heures

Cette réunion revêt un caractère obligatoire

Nom : _____ Prénom : _____

Responsable du poney club : _____

assistera à la réunion « randonnée régionale poney » et sera accompagné (e) de _____ (nombre) bénévoles dont voici

les noms : _____

32^{ème} RANDONNÉE RÉGIONALE PONEY**Du 19 au 23 août 2024****N'oubliez pas !**

- La présence obligatoire d'un bénévole **majeur** au service **exclusif** de l'organisation générale par tranche de 10 cavaliers inscrits. Liste à adresser au CRE en mentionnant le numéro du permis de conduire VL/PL.
- Une Fiche sanitaire par enfant (les enfants sans Fiche ne pourront prendre le départ). **Sur cette fiche, merci de renseigner les régimes alimentaires spéciaux (sans porc, végétarien...)**
- Les livrets des poneys à jour des vaccinations. Tous les poneys doivent être vaccinés contre la grippe. Un contrôle des puces pourra être effectué.
- Vos lignes d'attaches marquées. Chaque club doit avoir suffisamment de longueur de ligne pour héberger tous ses poneys.
- Nourriture des poneys : **Roundballer de 300 kg à 30 euros la pièce.**
- **Ferrage des poneys fortement conseillé.**
- **Prévoir vos bacs à eau** pour abreuver vos poneys et vos seaux pour les nourrir.
- Tentes obligatoires pour les cavaliers. Duvets et matelas de sol. Bol et petite cuillère (petit déjeuner)
- Un drapeau à l'effigie de votre club.

Chaque accompagnateur à cheval doit posséder au minimum un diplôme de niveau V. Son nom de naissance + nom de mariage, date et lieu de naissance doivent être mentionnés sur la fiche d'inscription et la photocopie de son diplôme doit être jointe à son inscription.

Nous tenons à rappeler que le port de la bombe est obligatoire pour tous les cavaliers et qu'il est interdit de fumer.

Les clubs participants sont responsables de leurs cavaliers et de leurs montures durant toute la durée de la randonnée, repas et nuits compris.

Nous comptons sur vous tous afin que tout se déroule parfaitement, comme les années précédentes.

LES COORDONNEES DES SERVICES DU CRE

■ **COMITÉ RÉGIONAL D'ÉQUITATION**
Parc de l'Isle Briand
La Ferme
49220 LE LION D'ANGERS

Tel : 02 41 32 84 58

E-mail : secretariat@paysdelaloire.ffe.com
Site : paysdelaloire.ffe.com

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

 GARÇON FILLE

DATE ET LIEU DU SEJOUR : Lundi 19 août au vendredi 23 août 2024. Haras de la Pelois, La Pelois, 72400 ST MARTIN DES MONTS.

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2- VACCINATIONS *(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).*

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

 SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

 L'enfant sui-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non
Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants *(boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHMES OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON Autres _____

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.... PRECISEZ.

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° Tél _____ / _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités.

J'autorise le transport en car et en voiture de mon enfant pour les activités prévues durant le séjour.

J'autorise la diffusion sur document ou site internet de photos prises en cours de randonnée.

DATE : _____

Signature :

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR

COMITE REGIONAL D'EQUITATION DES PAYS DE LA LOIRE

Tel : 02.41.32.84.58

Mail : secretariat@paysdelaloire.ffe.com