

SEJOUR FENICAT EQUITATION - FICHE D'INSCRIPTION



Cochez ou remplir les éléments concernés par votre inscription

TOUSSAINT : I II **NOËL** **HIVER** : I II **PRINTEMPS** : I II

ETE : I II III IV **AVEC HEBERGEMENT** **SANS HEBERGEMENT**

DATES SEJOUR :

Les horaires d'arrivée et de départ sont indiqués dans la lettre aux parents

NOMBRE DE JOURS : 1 2 3 4 5 6 Autres 12 jours (Eté)

ENFANT : NOM et Prénom : Age : Date de naissance :

Niveau équestre : 1er séjour : Oui Non

DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE - AUTORISATION AU CLUB

Je soussigné, père, mère, tuteur de l'enfant, autorise la direction du poney club à :

Faire soigner mon enfant et à faire pratiquer (éventuellement) les interventions d'urgence sous anesthésie générale suivant prescription du médecin,

Participer à toutes les activités proposées par le Centre (Piscine, spectacle en ville, ...)

Exploiter, dans le cadre de ses supports de communication, les photos de mon enfant prise pendant l'activité.

En cas d'urgence : Personne à prévenir :

Téléphone :

Fait à le signature :

Responsable légal de l'enfant :

NOM : Prénom :

Adresse : CP : Ville :

Tél. domicile : Tél. travail : E.mail :

Profession du père : Profession de la mère :

Si le(a) cavalier(e) pratique déjà l'équitation, N° licence Délégation :

Comment avez-vous connu le poney club de Fénicat ?

N° de Sécurité Sociale : / ..

Caisse : Mutuelle :

COMPTABILITE

Important : l'inscription n'est effective qu'après réception des arrhes (30 % du montant total du séjour encaissés à la réservation). Le solde doit être réglé 15 jours avant le début du séjour .

Montant du séjour

Arrhes versées

Solde dû

Date : Mode :

Date : Mode :

Merci de nous préciser si vous souhaitez la facture ou l'attestation de présence au séjour





NOM : Prénom :
 Date de naissance :

VACCINATIONS

à remplir à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies correspondantes

Précisez s'il s'agit :		Vaccins pratiqués		Dates	
DT Polio		.....		.....
DT Coq		.....		.....
Tétracoq		.....		.....
1 prise polio		.....		.....
RAPPELS		.....		.....
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	Dates		Dates	Vaccins pratiqués	Dates
1 ^{er} vaccin		Vaccin			
revaccination		1 ^{er} rappel			
Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angines <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatismes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	Otites <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Indiquez ci-après les autres difficultés de santé en précisant les dates : maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducation...

.....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui, lequel

.....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, merci de joindre l'ordonnance aux médicaments

L'enfant mouille-t-il son lit ? non occasionnellement oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

Autres

.....

