



Fénicat

Équitation et nature

35170 BRUZ Tel. 02 99 41 16 30 - Fax. 09 59 05 09 78
www.fenicat.fr - fenicat@free.fr

CENTRE D'ACTIVITÉS ÉQUESTRES & ÉDUCATION ENVIRONNEMENT

- Poney-Club - École d'Équitation
- Centre de Vacances et de Loisirs
- Classes de Découverte - Sorties Scolaires

Directrice : Suzanne Mauguin

AFFILIÉ À LA FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ÉQUITATION – AGRÉÉ JEUNESSE ET SPORTS ET ÉDUCATION NATIONALE

FICHE D'INSCRIPTION SEJOUR VACANCES de Toussaint 2017

ENFANT

Dimanche 22 octobre au samedi 28 octobre 2017, soit 7 jours

NOM : Prénom : Sexe : Féminin Masculin
Date de naissance : Niveau équestre : Porteur de Handicap : oui/non
Si l'enfant est cavalier : Souhaite-t-il se présenter à un examen ? Précisez le galop :
..... N° de licence :

DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

À remplir et à signer par le représentant légal de l'enfant

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
- à participer à l'ensemble des activités proposées par le Centre
- autorise le centre Fénicat à exploiter, dans le cadre de ses supports de communication, les photos de mon enfant prises pendant le séjour. (Prospectus, presse écrite ..)

Fait à le signature

Ministère d'appartenance :

Code :

Responsable légal de l'enfant :

NOM : Prénom :
Adresse : CP : Ville :
Tél. domicile : Tél. travail : Mail :
Profession du père : Profession de la mère :
Personne à prévenir en cas d'urgence pendant le séjour : responsable légal de l'enfant
 autre personne : Nom : Prénom : Tél. :

COMPTABILITE

Montant du séjour : 595 €

LA PARTICIPATION DES PARENTS est de :

	< à 12500€ : 20€/jour/enfant	20 x7= 140 €
Revenu Brut Global 2015 =	entre 12501 et 18000 € : 25€/jour/enfant	25 x7= 175 €
Nombre de part	entre 18001 € et 21000 € : 30€/jour/enfant	30 x7= 210 €
	> à 21000 € : 40 €/jour/enfant	40 x7= 280 €



Cette participation sera versée par chèque au nom du centre FENICAT ou par chèques vacances, au moment de l'inscription.

Participation des parents :€. par jour soit€. pour le séjour
Date du règlement : Mode :

Participation SRIAS : €

DOCUMENTS à JOINDRE :

- Avis d'imposition 2016 (revenus 2015)
- Dernière feuille de salaire

Fiche sanitaire à remplir au dos de cette feuille SVP, ➡

FICHE SANITAIRE

NOM : Prénom : Date de naissance :

VACCINATIONS

Précisez s'il s'agit : DT Polio DT Coq Tétracoq 1 prise polio RAPPELS	Vaccins pratiqués	Dates												
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">1^{er} vaccin</td> <td style="width: 10%; padding: 5px;">Dates</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">revaccination</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	1 ^{er} vaccin	Dates	revaccination		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">Vaccin</td> <td style="width: 10%; padding: 5px;">Dates</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1^{er} rappel</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	Vaccin	Dates	1 ^{er} rappel		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Vaccins pratiqués</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Dates</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	Vaccins pratiqués	Dates		
1 ^{er} vaccin	Dates													
revaccination														
Vaccin	Dates													
1 ^{er} rappel														
Vaccins pratiqués	Dates													
Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?														

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	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 : non oui Lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments et d'indiquer son nom sur les boîtes.

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

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

Précisez si l'enfant suit un régime alimentaire particulier :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

N° de Sécurité Sociale :

Caisse : Mutuelle :