

SEJOUR FENICAT EQUITATION - FICHE D'INSCRIPTION



Remplir les éléments concernés par votre inscription

TOUSSAINT : I II **HIVER :** I II **PRINTEMPS :** I II III
ETE : I II III IV V **AVEC HEBERGEMENT** **SANS HEBERGEMENT**
DATES SEJOUR : **HORAIRES :**
NOMBRE DE JOURS : 1 2 3 4 5 6 **Autres :** 11 jours 12 jours

ENFANT : NOM et Prénom : Sexe:.....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
- 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 : A remplir pour les non-adhérents du centre FENICAT

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

Montant du séjour : **PAIEMENT joint à la fiche d'inscription**

Règlement par chèque Chèques vacances Espèce Date :

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

Facture Attestation de présence





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

.....

