

# STAGE FENICAT EQUITATION - FICHE D'INSCRIPTION



**TOUSSAINT** : I  II  **HIVER** : I  II  **PRINTEMPS** : I  II  **JUIN 2020** :

**JUILLET** : I  II  III  IV  **AOUT** : I  II  III  IV

**DATES** : ..... **HORAIRES** : 9 H - 18 H **PIQUE-NIQUE**

**NOMBRE DE JOURS** : 1  2  3  4  5  6  ..... **Autres** : 11 jours  12 jours

**AVEC HEBERGEMENT**

**SANS HEBERGEMENT**

**PIQUE-NIQUE**

**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 - Mon enfant est à jour de ses vaccins
- 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 par les NON - ADHERENTS 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** : .....

**Journée Récupération Covid 19**

**Règlement** : Chèque  Chèques vacances  Virement  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 <sup>er</sup> vaccin		Vaccin			
revaccination		1 <sup>er</sup> rappel			
Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....					

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

.....

