

### FICHE D'INSCRIPTION SEJOUR VACANCES D'ETE 2020

19 au 24 juillet     26 au 31 juillet     16 au 21 août     23 au 28 août

#### ENFANT

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : Féminin  Masculin

Date de naissance : ..... Age : ..... 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 : 545 €

LA PARTICIPATION DES PARENTS est de :

	< à 12500€ :	140 €
Revenu Brut Global 2018 =	entre 12501 et 18000 € :	175 €
Nombre de part	entre 18001 € et 21000 € :	210 €
	> à 21000 € :	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 : ..... €

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	<b>Vaccins pratiqués</b> ..... ..... ..... .....	<b>Dates</b> ..... ..... ..... .....												
<b>ANTITUBERCULEUSE ( BCG )</b>	<b>ANTIVARIOLIQUE</b>	<b>AUTRES VACCINS</b>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">1<sup>er</sup> vaccin</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">Dates</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">revaccination</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	1 <sup>er</sup> vaccin	Dates	revaccination		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">Vaccin</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">Dates</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1<sup>er</sup> rappel</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	Vaccin	Dates	1 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> vaccin	Dates													
revaccination														
Vaccin	Dates													
1 <sup>er</sup> rappel														
Vaccins pratiqués	Dates													
Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....														

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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