



**Fénicat**  
VILLAGE ÉQUESTRE

Séjours vacances en partenariat  
avec la Section Régionale  
Interministérielle Action Sociale



Vacances Printemps- Dimanche 23 avril (16h-17h) au samedi 29 avril (10h -11h)

## ENFANT

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : Féminin  Masculin   
 Date de naissance : ..... Age : Niveau équestre : .....  
 Porteur de Handicap : oui  Lequel : .....  
 1 er séjour en centre de vacances : Oui

## 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
- Participer à l'ensemble des activités proposées par le Centre
- 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 : 642 €

### LA PARTICIPATION DES PARENTS est de :

	< à 12500€ :	140 €
Revenu fiscal de référence IR 2021 =	entre 12501 et 18000 € :	175 €
Nombre de part	entre 18001 € et 21000 € :	210 €
	> à 21000 € :	280 €



Cette participation sera jointe à cette fiche par chèque au nom du centre FENICAT ou par chèques vacances.

Participation des parents : ..... € 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

Précise-s'il s'agit :		Vaccins pratiqués		Dates	
DT Polio		.....		.....	
DT Coq		.....		.....	
Tétracoq		.....		.....	
1 prise polio		.....		.....	
RAPPELS		.....		.....	
ANTITUBERCULEUSE ( BCG )		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1 <sup>er</sup> vaccin	Dates	Vaccin	Dates	Vaccins pratiqués	Dates
revaccination		1 <sup>er</sup> rappel			
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 : .....

