



Vacances ETE - Dimanche 13 août (16h-17h) au samedi 19 août (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 lesignature

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 ^{er} vaccin | Dates | Vaccin | Dates | Vaccins pratiqués | Dates |
| revaccination | | 1 ^{er} rappel | | | |
| 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 :

