



Vacances de Printemps - Dimanche 6 avril 2025 (16h-17h) au samedi 12 avril 2025 (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 : 689 €

LA PARTICIPATION DES PARENTS est de :

	< à 9660 € :	140 €
Revenu fiscal de référence IR 2023 =	entre 9661€ et 12500€ :	175 €
Nombre de part	entre 12501€ et 16000 € :	210 €
	Entre 16001€ et 21000€ :	250 €
	> à 21000 € :	285 €



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 :

