

STAGE FENICAT EQUITATION - FICHE D'INSCRIPTION



DATE du SEJOUR ou JOURNEE.....Remplir les éléments concernés par votre inscription

AUTOMNE : I ☐ II ☐ **HIVER :** I ☐ II ☐ **PRINTEMPS :** I ☐ II ☐

ETE : I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

NOMBRE DE JOURS : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ **Autres :** 10 jours ☐ 12 jours ☐

AVEC HEBERGEMENT ☐

SANS HEBERGEMENT ☐ **horaires :** 9 h - 17 h 30

PREVOIR LE PIQUE NIQUE

ENFANT : NOM et : 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 : Date naissance parent :

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 de la prestation : **Je souhaite :** ☐ Facture

Règlement (à prévoir 1 mois avant le début du séjour) **Date de paiement :**

☐ Chèque ☐ Chèques vacances ☐ Espèces

☐ Virement **Coordonnées bancaires :** FR76 1360 6000 7746 3422 3256 650

RAPPELS TARIFS 2025 /2026 : Journée sans repas = 92 € - 5 jours avec hébergement : 670 € (720 € : Arrivée la veille) - Séjour de 12 jours d' Eté = 1440 €





NOM : Prénom :

Date de naissance :

VACCINATIONS

à remplir à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies correspondantes

Précisez s'il s'agit : DT Polio DT Coq Tétracoq 1 prise polio RAPPELS		Vaccins pratiqués		Dates	
		
		
		
		
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1 ^{er} vaccin revaccination	Dates	Vaccin 1 ^{er} rappel	Dates	Vaccins pratiqués	Dates
Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX L'enfant a-t-il déjà 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	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 - merci.

- L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ non ☐ occasionnellement ☐ oui

- S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ☐ oui ☐ non

L'enfant suit un régime alimentaire particulier ? :

Autres précisions utiles :

.....

.....

