

## INDIQUEZ CI-APRES:

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

---

---

---

---

---

---

---

---

## 4 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES-PROTHESES DENTAIREES, ETC... PRECISEZ

---

---

---

---

---

---

---

---

## 5 RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE (pendant le séjour).....

TEL FIXE (et Portable), DOMICILE : ..... BUREAU: .....  
NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

*Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature : .....

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

---

## OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

---

---

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Je soussigné (parent ou tuteur) \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Profession père : \_\_\_\_\_ Profession mère : \_\_\_\_\_

Si nécessaire, durant le séjour, autre adresse ou personne à contacter:

---

*Merci de bien noter votre adresse mail car la confirmation et le dossier seront envoyés par mail*

Adresse e.mail : \_\_\_\_\_

Inscrit :

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_ Fille  Garçon

Date et lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Pour le stage du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Stage poney

Stage cheval

Niveau d'équitation : \_\_\_\_\_

Licence d'équitation de l'année oui  non

Si oui joindre la photocopie.

**Les droits d'examen sont compris dans le prix de la licence.**

Passage d'examen oui  non

Si oui lequel : \_\_\_\_\_

**Vous avez connu le centre par :**

Un ami  Cheval Magazine  Internet  Facebook



**DOMAINE EQUESTRE LES GRILLES**  
Lac du Bourdon 89 170 Saint Fargeau  
Tel : 03 86 74 12 11 Fax : 03 86 74 09 52  
E.mail: ledomainedesgrilles@gmail.com

Transport : Aller car  voiture   
Retour car  voiture

Pour le car nous contacter pour confirmation des horaires.

Prix du stage : \_\_\_\_\_

+ suppléments : \_\_\_\_\_

Prise en charge : Comité d'Entreprise oui  non

**Je joins un chèque de 100 euros pour réservation du séjour.**

**Chambre** : Je souhaite partager la chambre de : \_\_\_\_\_

**Régime Alimentaire** : \_\_\_\_\_

**Une assurance responsabilité civile est souscrite par le club mais le cavalier doit être détenteur OBLIGATOIREMENT de la licence d'équitation de l'année ou d'une carte vacances qui pourront être délivrées sur place.**

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné parent ou tuteur \_\_\_\_\_

Autorise mon fils  ma fille

- à pratiquer les activités proposées par le centre.
- à être transportée dans un véhicule pour les besoins des activités
- autorise les responsables du poney club à faire hospitaliser mon enfant

pour toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par le médecin ou le chirurgien, et de venir le rechercher une fois les soins terminés.

Je m'engage à rembourser au poney club les frais avancés.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales des séjours

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire ainsi que la fiche sanitaire ci-jointe avec le plus grand soin. Tous ces renseignements nous sont utiles et nous y accordons la plus grande discrétion.

**Joindre photocopie de la carte d'assuré social ou autres.**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARCON  FILLE   
N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DU SEJOUR : \_\_\_\_\_

CETTE FICHE PERMET DE REUNIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT, ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE .

### 2 VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole—Oreillons—Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION. ATTENTION LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

### 3 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI  NON

Si **oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIG	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (Si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_