

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 Site Internet Facebook, Insta Autres, précisez.....



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 demande de covoiturage voiture
Retour demande de covoiturage voiture

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 : _____
GARÇON 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)

