

Fiche d'inscription

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....



DATE DU SEJOUR : du /..... /..... au /..... /.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

N° de sécurité social :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant

Adresse

Tel. fixe : /..... /..... /..... /.....

Port : /..... /..... /..... /.....

Bureau : /..... /..... /..... /.....

Email :@.....

Autorisation d'envoyer la confirmation par mail : OUI / NON

Je soussigné, responsable légal de l'enfant déclare exact les renseignements portés sur cette fiche. D'autre part nous nous engageons à fournir le jour du départ la fiche sanitaire accompagnée des certificats médicaux ou d'aptitudes spécifiques demandées pour le séjour et s'il y a lieu, à rembourser au centre le montant des frais médicaux.

A Le

Porter la mention «lu et approuvé » et signer.

Monsieur

Madame

Chef d'établissement





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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 RECOMMANDÉS	DATES
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 MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 leur 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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 MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

Mon trousseau pour la semaine

Nom : Prénom :

Séjour du : au :

TROUSSE DE TOILETTE	CONTENU VALISE	CONTENU ARRIVÉE	CONTENU DÉPART
1 PEIGNE ET/OU BROUSSE			
1 BROUSSE A DENTS / DENTIFRICE			
1 SAVON / GEL DOUCHE			
1 SHAMPOING			
1 CREME SOLAIRE			
LINGE ET VETEMENTS			
1 OREILLER			
1 TAIE OREILLER			
1 SAC DE COUCHAGE			
6 TEE SHIRT			
6 SLIPS / CALECONS / CULOTTES			
6 PAIRE DE CHAUSSETTES			
1 CHEMISE / CHEMISIER			
2 JEAN'S			
4 SHORTS			
1 JOGGING			
1 PULL / SWEAT			
1 PYJAMA			
1 VESTE / BLOUSON			
1 K-WAY			
1 CASQUETTE			
1 PAIRE DE BASKETS			
1 MAILLOT DE BAIN			
2 SERVIETTES			
1 DRAP DE BAIN			
1 GANT DE TOILETTE			
1 PAIRE DE LUNETTE DE SOLEIL			
OPTIONNEL			
ARGENT DE POCHE - 20€ MAXIMUM			
1 LAMPE DE POCHE			
JEUX DE CARTE, MINI JEUX DE SOCIÉTÉ			
MOUCHOIRS EN PAPIER			
LE DOUDOU			

AFFAIRES OPTIONNELLES RELATIVES A L'ACTIVITÉ ÉQUITATION

PANTALON D'ÉQUITATION, BOTTES, BOOTS/MINI SHAPS, BOMBE...

NB : CE MATERIEL N'A RIEN D'IMPÉRATIF, NE LE PREVOYER QUE SI L'ENFANT LE POSSÈDE DÉJÀ

Décharge Responsabilité Transport Enfant Mineur

Je, soussigné(e),

Demeurant
.....
.....

Téléphone Portable : Téléphone Fixe :

Agissant en qualité de Père Mère Tuteur

de(s) l'enfant(s)
.....

Déclare décharger toute(s) personne(s) (qu'il s'agisse d'un(e) moniteur(trice) ou d'un responsable du **Centre Equestre - LA CHEVAUCHEE**, qu'il soit titulaire d'un permis de conduire de plus de 3 ans ou qu'il soit jeune conducteur) susceptible(s) de transporter mon enfant ou mes enfants avec les véhicules du **Centre Equestre - LA CHEVAUCHEE** dans le cadre des activités sportives, de loisirs ou dans le cadre d'un séjour vacances.

Cette décharge est valable pour la période du au

Fait à, le

Signature du représentant légal
(Précédé de la mention « lu et approuvé, bon pour décharge)