

FICHE D'INSCRIPTION

Nom de l'enfant.....

Prénom.....

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

GARCON - FILLE (rayer les mentions inutiles)



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'envoyé 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 accompagné des certificats médicaux ou d'aptitudes spécifiques demandés pour le séjour et s'il y a lieu, à rembourser au centre le montant des frais médicaux.

A.....Le.....

Ecrire «lu et approuvé » et signer.

Le père

la mère

le chef d'établissement

Site internet : lachevauchee47.com

Tel fixe : 05 53 79 74 03

Mail : contact@lachevauchee47.com

Tel port : 06 81 94 62 01 Nathalie 06 01 71 66 42 Jean Claude



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

MERIC JEAN-CLAUDE - Les Vigneaux du Secréary - 47320 CLAIRAC

Tel : 05 53 79 74 03 - Mobile : 06 81 94 62 01 et 06 01 71 66 42

Email : contact@lachevauchee47.com - www.lachevauchee47.com

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TROUSSEAU : (POUR UNE SEMAINE)

CENTRE EQUESTRE

NOM :

LA CHEVAUCHEE

PRENOM :

SEJOUR DU / /

TROUSSE DE TOILETTE	CONTENU VALISE	CONTROLE ARRIVEE	CONTROLE DEPART
1 PEIGNE ET/OU BROUSSE			
1 BROUSSE A DENTS + DENTIFRICE			
1 SAVON/ GEL DOUCHE			
1 SHAMPOING			
1 CREME SOLAIRE			
LE LINGE			
1 DRAP HOUSSE			
1 TAIE OREILLER			
1 SAC DE COUCHAGE			
6 TEE SHIRT			
6 SLIPS/ 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 10€ MAXIMUM			
1 LAMPE DE POCHE			
JEUX DE CARTE, MINI JEUX DE SOCIETE			
MOUCHOIRS EN PAPIER			

AFFAIRES OPTIONNELLES RELATIVES A L'ACTIVITE EQUITATION

*PANTALON D'EQUITATION, BOTTES, BOOTS/MINI SHAPS, BOMBE...

NB : CE MATERIEL N'A RIEN D'IMPERATIF, NE LE PREVOYER QUE SI L'ENFANT LE POSSEDE DEJA