

Fiche d'inscription

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : / /



**PHOTO
OBLIGATOIRE**

DATE DU SEJOUR : du / / au / /

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

N° de sécurité sociale :

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 exacts 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



2293 route du pech - 47320 Clairac
06 81 94 62 01 - contact@lachevauchee47.com
www.lachevauchee47.com



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone : _____

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

3 - 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

4 - 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES 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.)

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON OUI

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

Mon trousseau pour la semaine

Nom :

Prénom :

Séjour du au :

TROUSSE DE TOILETTE	CONTENU VALISE	CONTENU ARRIVÉE	CONTENU DÉPART
1 PEIGNE ET/OU BROSSE			
1 BROSSE A DENTS / DENTIFRICE			
1 SAVON / GEL DOUCHE			
1 SHAMPOING			
LINKE ET VETEMENTS D'HIVER			
1 OREILLER AVEC TAIE D'OREILLER			
1 SAC DE COUCHAGE D'HIVER			
6 TEE SHIRT, CHEMISES, CHEMISIERS OU POLOS			
6 SLIPS / CALECONS / CULOTTES			
6 PAIRES DE CHAUSSETTES			
2 JEAN'S			
2 JOGGING			
4 PULL / SWEAT			
1 PYJAMA D'HIVER			
1 VESTE / BLOUSON D'HIVER			
1 K-WAY			
1 PAIRE DE BASKETS			
1 PAIRE DE CHAUSSURE D'HIVER			
1 PAIRE DE BOTTE DE PLUIE			
1 MAILLOT DE BAIN (EN PRÉVISION D'UNE MÉTÉO DÉVAFORABLE)			
2 SERVIETTES			
1 DRAP DE BAIN			
1 GANT DE TOILETTE			
OPTIONNEL			
ARGENT DE POCHE - 20€ MAXIMUN			
1 LAMPE DE POCHE			
JEUX DE CARTE, MINI JEUX DE SOCIÉTÉ			
MOUCHOIRS EN PAPIER			
LE DOUDOU			

AFFAIRE OBLIGATOIRE RELATIVE À L'ACTIVITÉ ÉQUESTRE CASQUE D'ÉQUITATION

AFFAIRES OPTIONNELLES

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

NB : CE MATERIEL N'A RIEN D'IMPÉRATIF, NE LE PREVOYEZ 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»)