

# Fiche d'inscription

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

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



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



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 |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | BCG                        |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|                                                                                |                                                                               |                                                                              |                                                                                                 |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RUBÉOLE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    | <b>VARICELLE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>ANGINE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | <b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>SCARLATINE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>COQUELUCHE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>OTITE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non     | <b>ROUGEOLE</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <b>OREILLONS</b><br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                   |                                                                                |

**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.**)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 DUNE 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                         |                |                 |                |
| 1 CREME SOLAIRE                     |                |                 |                |
| LINGE ET VETEMENTS                  |                |                 |                |
| 1 OREILLER AVEC TAIE D'OREILLER     |                |                 |                |
| 1 SAC DE COUCHAGE                   |                |                 |                |
| 6 TEE SHIRT                         |                |                 |                |
| 6 SLIPS / CALECONS / CULOTTES       |                |                 |                |
| 6 PAIRES DE CHAUSSETTES             |                |                 |                |
| 1 CHEMISE / CHEMISIER               |                |                 |                |
| 2 JEAN'S                            |                |                 |                |
| 2 JOGGING                           |                |                 |                |
| 4 SHORTS                            |                |                 |                |
| 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€ 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

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