

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				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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

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)