

# 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](mailto:contact@lachevauchee47.com)  
[www.lachevauchee47.com](http://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  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 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# 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).....