

# FICHE D'INSCRIPTION

à nous retourner dûment remplie et signée à :

SPORTS ET LOISIRS  
EQUIFUN Domaine de  
Castel Fizel  
66220 Caudiés de fenouillèdes

Dates du séjour retenu: du ..... au .....  
Nom du séjour: .....

## Nom de l'enfant :

Date de naissance:

Age:

## Prénom:

Sexe:

Taille:

Poids:

Groupe Sanguin (facultatif) :

Autres renseignements (relatifs à la santé de l'enfant, à son comportement, ou difficultés particulières), jugés utiles par les parents:

Niveau équestre :    débutant    moyen    confirmé(1)

Niveau cirque:    débutant    moyen    confirmé(1)

Mon enfant sait nager:    oui    non (1)

Je l'autorise à se baigner (l'été uniquement):    oui    non(1) (1) rayez la mention inutile

## Responsable Légal:

Nom et prénom du responsable légal:.....

Adresse:..... CP:.....

Ville:..... Tèl:.....

Portable:..... Bureau:.....

## Adresse de résidence de l'enfant (si différente de celle du responsable légal) :

Personne responsable :.....

..... CP.....

Ville :..... Téléphone.....

## Adresse mail d'envoi des documents (convocation, trousseau) avant séjour :

.....@.....

## Option transport : (suppléments tarifaires consultables sur [www.equifun.net](http://www.equifun.net), excepté RDV sur place)

TOULOUSE : Aller  Retour

RIVESALTES : Aller  Retour

MONTPELLIER : Aller  Retour

PERPIGNAN : Aller  Retour

RDV sur place : Aller  Retour

PARIS (selon dates proposées) Aller  Retour

CARCASSONNE sur place : Aller  Retour

.....: Aller  Retour

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et accepte les conditions de vente des séjours organisés par EQUIFUN. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant et autorise le centre EQUIFUN à utiliser l'image de mon enfant (photos, vidéo...) dans le cadre de son activité (plaquettes, site internet...).

**Date:**

**Signature obligatoire:** (père, mère, tuteur)

**Pensez à joindre un chèque d'arrhes de 30 % du coût du séjour pour confirmer votre inscription**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Documents à fournir avec cette fiche :

Copie Att. Sécu Sociale, copie des vaccinations (carnet de santé)

### 1- ENFANT:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Garçon

Fille

### 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 MEDICAUX 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 dans la valise (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun traitement ne pourra être administré sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	VARICELLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ANGINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	SCARLATINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
COQUELUCHE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OTITE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ROUGEOLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OREILLONS OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

**ALLERGIES:** ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRE 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 :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse du centre payeur :

Mutuelle complémentaire :

Numéro de contrat :

Je soussigné(e), .....respon sable 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:**