

FICHE D'INSCRIPTION EQUIFUN

à nous retourner dûment remplie et signée à :

EQUIFUN

Domaine de Castel Fizez
66220 Caudiès 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

Parents:

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

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

Ville:.....Tèl:.....

Adresse électronique :@.....

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

Personne à contacter en cas d'absence:.....Tel :.....

Option transport: (suppléments tarifaires consultables sur 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

Option « passage de galops » (séjours « Perfectionnement équitation » seulement)

Licence Fédérale (obligatoire pour le passage d'un Galop): +25 €

Passage d'un Galop +15 € (en fonction du niveau de l'enfant en fin de stage) (cocher la case)

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

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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 (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?

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,.....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.

DATE:

SIGNATURE: