

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:

Obligatoire: n° tel. joignable 24/7:.....

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, 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	
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 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: