

Fiche d'inscription Equifun - Sports et Loisirs 66

à retourner dûment remplie et signée à
Equifun 66, Domaine de Castel Fizel 66220 Caudiès de Fenouillèdes

Nom du centre équestre choisi : Castel Fizel Val Marie *Rayez la mention inutile*
Nom du séjour retenu :
Dates : du au

L'ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom
Date de naissance Age Sexe
Taille Poids Groupe sanguin
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 *Rayez les mentions inutiles*
Niveau cirque : débutant moyen confirmé
Mon enfant sait nager : Oui Non Je l'autorise à se baigner Oui Non

PARENTS

Nom et prénom du responsable légal :
Adresse :
CP Ville Tél.
Portable Bureau
Adresse email :@.....
Personne à contacter en cas d'absence
Son tél. N° allocataire CAF 66

OPTIONS

Cochez les cases de votre choix :

TRANSPORT

RDV SUR PLACE Aller Retour **PERPIGNAN** Aller Retour **RIVESALTES** Aller Retour
 MONTPELLIER Aller Retour **CARCASSONNE** Aller Retour **TOULOUSE** Aller Retour
 NARBONNE Aller Retour **PARIS** 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 66. 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, vidéos...) 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

ENFANT

Nom Prénom

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
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.

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 Oui Non Varicelle Oui Non Angine Oui Non
Rhumatisme articulaire aigu Oui Non Scarlatine Oui Non
Coqueluche Oui Non Otite Oui Non
Rougeole Oui Non Oreillons Oui Non

ALLERGIES

Asthme Oui Non - Médicamenteuse 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 :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t'il lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires...? Précisez :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Num. de sécurité sociale

Adresse centre payeur

Mutuelle complémentaire Num. de contrat

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable légal du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature