

## INDIQUEZ CI-APRES:

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

---

---

---

---

---

---

---

---

## 4 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DESPROTHESES DENTAIREES, ETC... PRECISEZ

---

---

---

---

---

---

---

---

## 5 RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE (pendant le séjour).....

---

---

---

---

TEL FIXE (et Portable), DOMICILE : ..... BUREAU: .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

---

---

---

---

*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 échant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature :

---

---

---

---

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

---

---

---

---

---

## OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

---

---

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Je soussigné (parent ou tuteur).....

Adresse complète : .....

---

---

---

---

Tel domicile : .....

Bureau : .....

Vacances : .....

Portable : .....

Si nécessaire, durant le séjour, autre adresse ou personne à contacter:

---

---

---

---

Inscrit :

NOM : .....

PRENOM : ..... Fille  Garçon

Date et lieu de naissance: .....

---

---

---

---

Nationalité : .....

Pour le stage du ..... au .....

Stage poney

Stage cheval

Niveau d'équitation : .....

Licence d'équitation de l'année oui  non

Si oui joindre la photocopie.

Passage d'examen oui  non

Si oui lequel : .....



**FERME EQUESTRE LES GRILLES**

**Lac du Bourdon**

**89 170 Saint Fargeau**

**Tel : 03 86 74 12 11 Fax : 03 86 74 09 52**

**E.mail: lesgrilles@wanadoo.fr**

**Site web: www.lesgrilles.com**

Transport : Aller car  voiture

Retour car  voiture

Pour le car nous contacter pour confirmation des horaires.

Prix du stage : \_\_\_\_\_

+ suppléments : \_\_\_\_\_

Prise en charge : Caisse d'Allocation Familiale oui  non

Comité d'Entreprise oui  non

Arrhes versés : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné parent ou tuteur \_\_\_\_\_

Autorise mon fils  ma fille

- à pratiquer les activités proposées par le centre.
- à être transportée dans un véhicule pour les besoins des activités
- autorise les responsables du poney club à faire hospitaliser mon enfant

pour toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par le médecin ou le chirurgien, et de venir le rechercher une fois les soins terminés.

Je m'engage à rembourser au poney club les frais avancés.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales des séjours

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire ainsi que la fiche sanitaire ci-jointe avec le plus grand soin. Tous ces renseignements nous sont utiles et nous y accordons la plus grande discrétion.

Joindre photocopie de la carte d'assuré social ou autre.

<b>FICHE SANITAIRE</b>	<b>1 ENFANT</b>
NOM : _____	
PRENOM : _____	
DATE DE NAISSANCE : _____	
GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	
N° Sécurité Sociale : _____	

DATE ET LIEU DU SEJOUR : \_\_\_\_\_

CETTE FICHE PERMET DE REUNIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT, ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

### 2 VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole—Oreillons—Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

### 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 l'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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIG	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (Si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_