



Fiche d'inscription



La Source - Formanoir - Les Terrasses - Val-en-Pré



Tél. 03 86 91 38 10
Fax : 03 86 91 20 47

RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATIONS

remplir par le père, la mère ou le tuteur l'ensemble des informations de ce bulletin

A retourner à : **PONEYS DES QUATRE SAISONS**
6. rue des Écoles - 89400 ÉPINEAU-LES-VOVES

Attention : toute demande incomplète (information et règlement) ne sera pas prise en compte.

La confirmation de votre inscription vous sera adressée sous forme de facture.

CHOIX DU CENTRE :

Centre de :

Nom de l'Enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F G

Taille : Poids :

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

OPTION SÉJOUR DE 2 SEMAINES

à Val-en-Pré ou Formanoir

Demande de passage de galop (de 1 à 4) selon les disponibilités (35€). L'enfant doit être titulaire de sa licence FFE en cours de validité et de son manuel «Galop 1 à 4» (joindre une copie de la licence).

AUTORISATIONS

- Permission d'aller à la piscine et de s'y baigner : OUI NON
- Sait-il nager ? OUI NON

VOYAGES

POUR PARIS

- Mon enfant voyagera aller avec le groupe, au départ de Paris
- Mon enfant voyagera retour avec le groupe, arrivée sur Paris

RENDEZ-VOUS SUR PLACE

J'accompagnerai mon enfant au

Centre le jour de l'arrivée

J'irai chercher mon enfant au

Centre le jour du départ

PROVINCE

Mon enfant voyagera à l'aller avec le groupe, au départ de :

Mon enfant voyagera avec le groupe, arrivée à :

Nom/Prénom et signature (Père, mère ou Tuteur)

DATES DU SÉJOUR RETENU

du au

NIVEAU EQUESTRE Débutant

Moyen

Diplômes : Confirmé

L'enfant est-il déjà venu au centre ? oui Non

Nombre de fois :

Comment avez-vous connu le Centre ?

PARENTS/RESPONSABLE LÉGAL

Nom et prénom :

Adresse :

e-mail* :

Code postal :

Ville :

Tél domicile : Portable :

Bureau père : demander Mr

Tél :

Bureau mère : demander Mme

Tél :

Personne à contacter en cas d'absence des parents :

Tél :

Observations complémentaires :

* Les convocations transport vous sont envoyées 3 semaines avant par mail.

RÈGLEMENT

(Conditions Générales de Vente p31)

30 % du montant total du séjour d'arrhes à nous joindre avec ce bulletin à l'ordre de "Poneys des Quatre Saisons" ou par CB en remplissant les cases ci-dessous.

Si inscription à moins d'un mois de la date du départ, joindre la totalité.

Fait le

Nom et prénom titulaire CB :

Nom et prénom de l'enfant :

N° Carte bleue / - - - - / / - - - - / / - - - - / / - - - - /

Valable jusqu'au

3 derniers chiffres au dos de la carte



Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

1. ENFANT : NOM : _____ PRÉNOM : _____

SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

2. VACCINATIONS (Ranger à partir de comex de suite, du comex ou des enveloppes de vaccination de l'enfant ou joindre les protocoles des pays correspondants du carnet de santé)

ANTIPOLIOMÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTIÉTANIQUE - ANTCOQUELUSHEUSE

VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Précisez s'il s'agit :	
du DT polio	/ /
du DT coq	/ /
du Tétracoq	/ /
d'une prise polio	/ /
RAPPELS	/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES	DATES	VACCINS PRATIQUÉS
1 ^{er} VACCIN	/ /	/ /
RE-VACCINATION	/ /	/ /
1 ^{er} RAPPEL	/ /	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
(impaludés, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

/ /	/ /
/ /	/ /

Centre :

du : _____ au : _____

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI LEQUEL ?

(SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, NOUBIEZ-VUS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS)

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

DOMICILE BUREAU

N° SS : _____ N° TEL : _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

SI Bénéficiaire CMU, fournir l'attestation (copie) de droit allant avec la carte Vitale.

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE OUI NON

NOM ET ADRESSE DE LA MUTUELLE

N° DU CONTRAT

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise par avance que les photos de l'enfant, prises au cours du séjour, soient utilisées sur notre site internet et pour illustrer nos futures brochures et celles de nos partenaires (comités d'entreprise, collectivités), ainsi que des articles de presse. J'accepte également que des reportages TV, radio ou presse écrite puisse avoir lieu au cours des séjours, que les jeunes puissent être interviewés et ces reportages diffusés par tous moyens et tous supports.

N° DE CONTRAT D'ASSURANCES

NOM DE L'ASSURANCE

DATE :

SIGNATURE :



Fiche d'inscription

