



Fiche d'inscription



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

Tél. 03 86 91 38 10 - e-mail : contact@p4s.fr



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

ou par mail : contact@p4s.fr

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.

DATES DU SÉJOUR RETENU : du au

LA SOURCE FORMANOIR LES TERRASSES VAL EN PRÉ : Équitation
 Sports mécaniques

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 :

NIVEAU ÉQUESTRE

Débutant
 Moyen
 Confirmé

NIVEAU SPORTS MÉCANIQUES

Débutant
 Moyen
 Confirmé

Diplômes :

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 :

Code postal :

Ville :

Tél domicile : Portable :

e-mail :

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 2 semaines avant par mail.

OPTION PASSAGE DE GALOP : 35 €

Séjours à FORMANOIR et VAL EN PRE

ÉQUITATION

Galop 1 à 4 pour les séjours de 2 semaines

Joindre copie de la licence FFE + règlement 35 €

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 :

RÈGLEMENT

(Conditions Générales de Vente p23)

- Arrhes 30% du montant total du séjour à nous joindre avec ce bulletin
- par chèque par CB envoi d'un lien sécurisé SYSTEMPAY
- Si inscription à moins d'un mois de la date du départ, joindre la totalité.

Fait le

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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Centre : _____

Dates de séjour : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT
JOINDRE UNE COPIE DES PAGES DE VACCINATION DE VOTRE ENFANT (obligatoire).

1 - 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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

2 - 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES 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.)

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE, ETC...PRÉCISEZ.

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

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Adresse de centre payeur SS : _____

Si CCS (CMU), fournir une copie de l'attestation de droit avec la carte Vitale.

Nom , adresse et n° contrat de la **mutuelle complémentaire** :

Nom, adresse et n° contrat de l'**assurance responsabilité civile** :

5 - AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE :

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.

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :