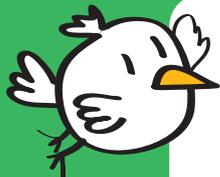


FICHE D'INSCRIPTION

La Source • Formanoir • Les Terrasses • Val-en-pré



Tél. 03 86 91 38 10



INFORMATIONS

À remplir par le **père**, la **mère** ou le **tuteur**
Document à nous retourner :



Par courrier
6 rue des écoles
89400 EPINEAU LES VOVES

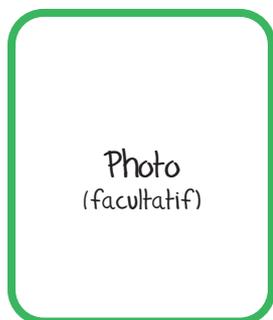
- ou -



Par mail
contact@p4s.fr



L'ENFANT



Nom

Prénom

Date de naissance

 / /

Âge

Sexe

F

G

Taille

Poids

Allergie, handicap et/ou problème de santé :

Si votre enfant souhaite être logé avec un(e) ami(e) :

Attention : l'enfant doit être de même sexe et du même âge.

Prénom NOM

SÉJOUR

Nom du CSE, collectivité...

Date du séjour

Du

au

Le centre du séjour

LA SOURCE

FORMANOIR

LES TERRASSES

VAL-EN-PRÉ : ÉQUITATION

VAL-EN-PRÉ : SPORTS MÉCANIQUES

Niveau EQUESTRE ou SPORTS MECANIQUES :

- Débutant
Je n'ai jamais pratiqué
- Moyen
J'en ai déjà fait une ou plusieurs fois
- Confirmé
Je pratique régulièrement

Option passage de Galop
pour le séjour équestre Formanoir ou Val-en-pré

- Galop 1 à 4 pour les séjours de 2 semaines
joindre copie de la licence FFE + règlement 35€

L'enfant est-il déjà venu dans l'un de nos centres ? Si oui, combien de fois ?

LES PARENTS OU LE TUTEUR

Nom Prénom

Email

Adresse

Code postal Ville

Mère

Profession

Tel. Portable

Tel. domicile

Tel. Bureau

Père

Profession

Tel. Portable

Tel. domicile

Tel. Bureau

Personne à contacter en cas d'absence des parents

Prénom NOM

Tel.

AUTORISATIONS

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

Permission de se baigner Oui Non

VOYAGES

Transport Paris

Mon enfant voyagera aller avec le groupe , au départ de Paris

Mon enfant voyagera retour avec le groupe, arrivée à Paris

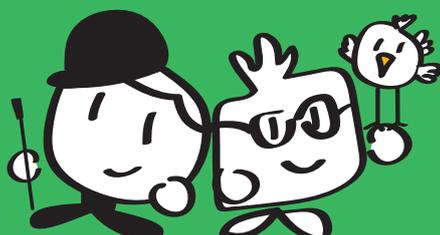
Rendez-vous sur Place

J'accompagnerai mon enfant sur le centre le jour de l'arrivée.

J'irai chercher mon enfant sur le centre le jour du départ.

Province (aller-retour identique)

Mon enfant voyagera depuis/jusqu'à :



DATE & SIGNATURE

Père, mère ou tuteur

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Tél. 03 86 91 38 10

POUR L'ENFANT...

Nom

prénom

Date de naissance

Genre

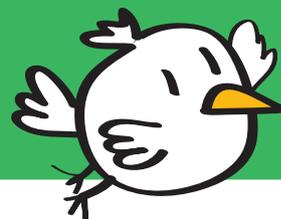
Fille

Garçon

INSCRIS AU SÉJOUR...

Centre

Dates séjours



**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 - VAGGINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Ou DT polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	Autres (préciser)	<input type="text"/>

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 durant 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 une des maladies suivantes ?

Rubéole

Varicelle

Angine

Rhumatisme articulaire aigu

Scarlatine

Otite

Oreillons

Rougeole

Coqueluche

Allergie

Asthme

Médicamenteuse

Alimentaire

Autre :

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, régime alimentaire spécifique, etc... Précisez :

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Occasionnellement Non

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Oui Non

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom

Prénom

Adresse (pendant le séjour)

Médecin traitant (facultatif) : Nom

Tél.

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

Père, mère ou tuteur

