

FICHE D'INSCRIPTION SEJOUR

à nous retourner impérativement au plus tard 15 jours avant le séjour

Nom de l'enfant : Prénom

Date de naissance : Ville de naissance : Département de naissance : Sexe : M F

Votre enfant est-il déjà venu au Domaine Equestre de Chevillon ? OUI / NON

Comment avez vous connu le centre ? : Bouche à oreille / recherche internet / brochure / comité d'entreprise / classes découvertes

LE SEJOUR:

Date du séjour: Du..... Au.....

Nature du séjour choisi : PONEY / CHEVAL MULTI ACTIVITES (1H) / EQUITATION (2H) / INTENSIF (3H) / PÊCHE

Mode de transport : Aller :..... Retour :.....

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom:

Prénom:.....

Adresse:.....

Code postal:..... Ville:.....

Tel Portable* :.....

Tel Travail:..... Domicile :.....

Email* :

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom:

Prénom:.....

Adresse:.....

Code postal:..... Ville:.....

Tel Portable* :.....

Tel Travail:..... Domicile :.....

Email* :

L'EQUITATION :

Votre enfant a t'il un galop officiel validé auprès de la FFE? Si oui lequel et indiquer le numéro de licence :

Si non quel est le niveau estimé de votre enfant :

SI DEBUTANT OU PAS DE NIVEAU OFFICIEL: : Votre enfant a t'il déjà pratiqué l'équitation ? OUI NON

Si oui, Combien de fois ? Seul(e) ou tenu(e) (ex : balade en main).....

Observations (mauvaise expérience ? appréhension ? objectifs ? souhait particulier ?

INFORMATIONS SANITAIRES

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

N° de sécurité sociale (joindre impérativement photocopie attestation sécurité sociale et mutuelle) :

.....

INFORMATIONS ALIMENTAIRE

Régime alimentaire durant le séjour:

Pas de régime / Sans Porcs / Sans viande / Sans viande ni poisson

Précisions:

.....
.....

Taille: Cm Poids:Kg

ALLERGIES

Asthme : OUI NON

Alimentaire: OUI NON

Médicamenteuse: OUI NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

RECOMMANDATIONS DIVERSES ET DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) A PRENDRE EN COMPTE DURANT LE SEJOUR:

.....
.....
.....

TRAITEMENTS MEDICAUX DURANT LE SEJOUR

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 (même les médicaments sans ordonnances type Doliprane)

VACCINATIONS

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

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
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

MALADIES DÉJÀ CONTRACTÉES

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

Maladie	OUI	NON	Maladie	OUI	NON
RUBEOLE			ROUGEOLE		
COQUELUCHE			OREILLONS		
VARICELLE			SCARLATINE		
ANGINE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE		

AUTORISATION DE SOINS et de RECUPERATION

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

- autorise aussi le responsable du séjour, en accord avec le médecin et en fonction de la pathologie diagnostiquée, à récupérer l'enfant à l'hôpital pour le reconduire sur le centre.

En cas de suspicion de contamination au covid-19, j'autorise le centre à faire passer à mon enfant, soit un autotest, un test antagonique ou un test PCR. (En cas de refus je m'engage à venir chercher mon enfant dans la journée si un tel test s'avère nécessaire durant son séjour)

Date :

Signature :

REGLEMENT

(Voir conditions générales de vente)

Utilisation des bons vacances de la Caisse d'Allocations Familiales ou Chèques Vacances: **OUI / NON**

Si oui, montant : La déduction des bons CAF peut faire l'objet d'un réajustement en fonction du remboursement effectif de votre Caisse d'Allocations familiales. Il est conseillé de vous assurer au préalable du montant exact pris en compte par votre caisse.

L'inscription sera enregistrée définitivement lorsque nous serons en possession du dossier complet :

- Fiche d'inscription dûment remplie et signée
- **Photocopie de l'attestation de droits sécurité sociale**
- Règlement de 150€ à titre d'arrhes, par enfant et par semaine.

Le solde est à régler un mois avant le début du séjour.

La totalité du montant du séjour est à régler immédiatement pour toutes inscriptions à moins d'un mois du premier jour. À défaut de paiement à l'échéance et en application de la loi n°92-1442 du 31 décembre 1992 modifiée, l'acheteur sera de plein droit redevable d'une pénalité pour retard de paiement calculée par l'application à l'intégralité des sommes restant dues, d'un taux égal à 1,5 fois le taux d'intérêt légal.