

RENSEIGNEMENTS



INSCRIPTION

Nom du responsable légal	
Nom et Prénom de l'enfant	
Date de naissance	
Adresse Complète	
Portable et ou fixe Père	
Portable et ou fixe Mère	
Mail (pour confirmation d'inscription)	

SEJOUR

INTITULE	
DATE	
NIVEAU EQUESTRE (entourer la mention utile)	Débutant (G1)..... Débrouillé (G2)..... Confirmé(G3)

ASSURANCES

Pour la pratique de l'équitation, nous vous conseillons fortement de prendre une licence FFE, en plus de votre assurance personnelle	<input type="checkbox"/> Licence FFE 25€ (nécessaire en cas de pratique à l'année ou de passage de galop)
	<input type="checkbox"/> Je désire souscrire à l'assurance vacances de la FFE pour la somme de 10€ (valable 30 jours)

AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/> Je soussigné..... (père, mère) autorise les responsables de la ferme des 4 chemins à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner et à prendre en cas d'urgence toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à se baigner sous surveillance.
<input type="checkbox"/> J'autorise la Ferme des 4 chemins à transporter mon enfant pour les besoins des activités, en voiture individuelle ou
<input type="checkbox"/> J'autorise la Ferme des 4 chemins à utiliser les photos de mon enfant prises lors des activités du centre équestre et à les mettre en ligne sur son site et sur sa page facebook.

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 leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être donné et pris sans ordonnance ou avis médical.

SANITAIRES

VACCINATION :

VACCINS OBLIGATOIRES	Diphtérie	oui / non	date dernier rappel
	Tétanos	oui / non	date dernier rappel
	Poliomyélite	oui / non	date dernier rappel
	Ou DT Polio	oui / non	date dernier rappel
	Ou Pentavac ou Tetravac	oui / non	date dernier rappel

VACCINS RECOMMANDES	Hépatite B	date :
	Rougeole-Oreillons-Rubéole	date :
	Coqueluche	date :
	BCG	date :
	Autres (préciser)	date :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez la mention exacte) :

*Rubéole	oui / non	*Varicelle	oui / non	*Angine	oui / non	*Scarlatine	oui / non
*Rhumatisme articulaire aigu	oui / non	*Otite	oui / non	*Rougeole	oui / non		
*Oreillons	oui / non						

L'enfant a-t-il les allergies suivantes ? (entourez la mention exacte) :

*Asthme	oui / non	*Alimentaires	oui / non	*Médicamenteuses	oui / non	*Autres	oui / non
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, nous le signaler)							

AUTRES :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre	
--	--

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, des prothèses auditives, etc.... Merci de le préciser	
--	--

Signature des parents ou du représentant légal