

GÎTE D'ENFANTS DU CENTRE EQUESTRE DU CLOS
27120 Saint Aquilin de Pacy
FICHE D'INSCRIPTION

Séjour du dimanche au vendredi

Nom de l'enfant : Prénom(s) :

Date de naissance :

Sexe : Fille Garçon

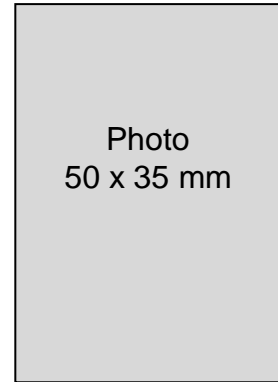
Est-ce son premier départ en Gîte de Vacances ? Oui Non

L'enfant a-t-il une expérience en équitation ? Oui Non

Si OUI, quel niveau a-t-il atteint ?

Est-il possesseur d'une licence FFE valide ? Oui Non

Si oui numéro :



Vos observations et instructions concernant son comportement, ses habitudes, ses goûts, sa santé, son alimentation :

Nom et prénoms des parents ou du tuteur légal :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. bureau : Tél. mobile :

Adresse e-mail :

Personne à prévenir en cas d'absence des parents :

Tél. domicile : Tél. bureau : Tél. mobile :

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant, confirme avoir pris connaissance des Conditions Générales et du Règlement Intérieur définissant le fonctionnement du séjour et de ses modalités financières. Je déclare m'y conformer sans restrictions.

En cas d'urgence, j'autorise la direction du Gîte d'Enfants « LE CLOS » Saint-Aquilin-de-Pacy à prendre les mesures nécessaires pour une intervention suivant les prescriptions du médecin. Je m'engage à rembourser, dès la fin du séjour, tous les frais médicaux engagés par le Centre de Vacances pour mon enfant.

Je joins à cette inscription la fiche sanitaire de liaison dûment complétée ainsi, qu'à titre d'arrhes, un chèque à l'ordre du Centre Equestre du Clos pour un montant de 120,00 Euros. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit de rétractation de 7 jours, donnant droit au remboursement intégral des arrhes.

Fait à le

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de l'enfant :

J'autorise le Gîte d'Enfants « LE CLOS » à utiliser éventuellement dans son site internet ou sa brochure les photos prises de mon enfant lors de son séjour : Oui Non



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

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

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, 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

3 - 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES