## FICHE D'INSCRIPTION SEJOUR

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

Nom de l'enfant :		Prénom
Votre enfant est-il déjà venu au D	Domaine Equestre de Chevillon ?	Département de naissance : Sexe : M F OUI / NON nternet / brochure / comité d'entreprise / classes découvertes
LE SEJOUR:		Δ
Nature du séjour choisi : PON	EY / CHEVAL MULTI ACTIVITES (1h)	Au
RESPONSABLE LEGA	L1	RESPONSABLE LEGAL 2
Nom:		Nom:
Prénom;		Prénom;
Adresse:		Adresse:
•	Ville:	Code postal:Ville:
		Tel Portable* :
	Domicile :	Tel Travail:Domicile :Domicile :
Si non quel est le niveau est SI DEBUTANT OU PAS DE NIVEAU Si oui, Combien de fois ? Observations (mauvaise expérien	OFFICIEL:: Votre enfant a t'il déjà	S INFORMATIONS UTILES PENDANT LE S DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ
N° de sécurité sociale (joind attestation sécurité sociale e	re impérativement photocopie et mutuelle) :	INFORMATIONS ALIMENTAIRE  Régime alimentaire durant le séjour:  Pas de régime / Sans Porcs / Sans viande / Sans viande ni poisson
ALLERGIES		Précisions:
Asthme :	OUI NON	
Astrime : Alimentaire:	OUI NON	
Médicamenteuse:	OUI NON	TRAITEMENTS MEDICAUX DURANT LE SEJOUR
	G IE ET LA CONDUITE À TENIR (si	L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?
		OUI - NON
	ET D <b>IFFICULTÉS DE SANTÉ</b> (MALADIE, S, HOSPITALISATION, OPÉRATION, COMPTE DURANT LE SEJOUR:	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 (exemple Pilule contraceptive où même les médicaments sans ordonnances type Doliprane).
		19 les Bertins Chevillon



## **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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 DEJA CONTRACTES**

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	·	en jonetion de la pathologie die	gnostiquee, a recuperer
En cas de suspicion de contamination antagonique ou un test PCR. (En cas o nécessaire durant son séjour).			
D	ate:	Signature :	