

# SÉJOUR ÉQUITATION

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### DOMAINE de L'ESPERANCE

Pour le **séjour N°** ..... du ..... au .....  
suivant les conditions générales des séjours.

**NOM :** ..... **Prénom de l'enfant :** .....

**Adresse** des parents ou tuteurs de l'enfant :  
.....  
.....

**Tél.:** domicile : ..... adresse@ : .....  
bureau (P) : ..... bureau (M) : .....  
portable (P) : ..... portable (M) : .....

**Niveau équestre :** débutant ou galop N° .....

**TRANSPORT :** (mettre une croix dans la case correspondante)

• J'accompagnerai mon enfant en voiture directement sur le Centre :

- A l'aller : oui  non   
- Au retour : oui  non

• Je souhaite que mon enfant soit pris en charge à Paris  
dans le cadre du convoyage " CAR ESPERANCE " :

- A l'aller : oui  non  (avec supplément)  
- Au retour : oui  non

**LE LIEU ET L'HEURE DE RENDEZ-VOUS**  
**VOUS SERONT COMMUNIQUÉS DANS LA CONVOCATION**

Je soussigné(e), M., Mme.....  
reconnais avoir pris connaissance des conditions générales des séjours, et autori-  
se mon enfant à participer à toutes les activités du Centre.

Fait à ..... le .....

Signature du représentant légal :

## FICHE SANITAIRE

NOM : .....

Prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : .....

Age pendant le séjour: .....

Sexe : .....

Poids de l'enfant : .....

Date de la dernière injection antitétanique : .....

*Joindre la photocopie du Carnet de Santé*

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? : oui - non

Si oui lequel : .....

L'enfant est-il allergique ? : oui - non

Si oui à quoi : .....

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? : .....

L'enfant sait-il nager ? : oui - non (séjours Printemps/Été)

N° de Sécurité Sociale : .....

*Joindre la photocopie de votre Mutuelle ou Carte Vitale*

Adresse Centre Payeur : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence : .....

Recommandations des parents : .....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exact 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.

Fait à ..... le .....

Signature :

Photo  
(obligatoire)