

# Bulletin d'inscription 2023

## EQUIT'ADVENTURE



Pour le séjour du ..... au.....

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Adresse des parents ou tuteurs de l'enfant :

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



Domicile : \_\_\_\_\_ Portable (P) : \_\_\_\_\_ Portable (M) : \_\_\_\_\_



Adresse mail : .....



Niveau équestre :  Intermédiaire  Galop N° .....



Votre enfant est-il déjà parti en colonie de vacances  oui  non  au Domaine

### Transport :

J'accompagne mon enfant directement sur le Centre :



- A l'aller :  OUI  NON

- Au retour :  OUI  NON

Je souhaite que mon enfant soit pris en charge à Vincennes avec le « CAR ESPERANCE »



- A l'aller :  OUI  NON

- Au retour :  OUI  NON

### LE LIEU ET L'HEURE DE RENDEZ-VOUS VOUS SERONT COMMUNIQUEES DANS LA CONVOCATION

Je soussigné(e), M., Mme.....

Reconnais avoir pris connaissances des conditions générales des séjours, et autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Centre.

Fait à ..... Le .....

Signature du représentant légal :

## FICHE SANITAIRE



Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Age pendant le séjour : .....

Sexe : .....

Poids de l'enfant : ..... KG

Taille de l'enfant : .....M..... CM

PHOTO  
(Obligatoire)

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 : .....

*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 MEDICAMENTS NE POURRA ETRE DONNE SANS ORDONNANCES**

Si votre enfant a l'habitude de prendre des médicaments pour des maux de tête, de ventre... (de type Doliprane, Spasfon, etc...) merci de lui procurer une ordonnance sans quoi nous ne pourrons lui en fournir.

L'enfant est-il allergique :  Asthme  Médicamenteuses  Alimentaires  Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.....

L'enfant mouille-t-il son lit :  Oui  Non  Occasionnellement

L'enfant sait-il nager :  OUI  NON

N° de Sécurité Sociale : .....

*Joindre la photocopie de votre Mutuelle ou Carte Vitale*

Téléphone en cas d'urgences : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

Quelques lignes pour décrire votre enfant (ses habitudes, ses angoisses...) :

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

Indiquez des difficultés de santé que nous devrions connaître (maladie, handicap...) et les précautions à prendre :

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

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 :