

Bulletin d'inscription 2024

100% Equitation



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 : Débutant 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 :

Âge pendant le séjour :

Sexe :

Poids de l'enfant : KG

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



Date de la dernière injection antitétanique :

Joindre obligatoirement 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE

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 pourrions 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 suit-il un régime alimentaire ? Sans viande Sans porc Non

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'urgence : _____ 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 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.

Fait à Le

Signature :