

FICHE INSCRIPTION STAGE VACANCES



ECURIES D'AIR PUR

DATE DU SEJOUR: du au

COORDONNEES

Nom : Prénom : Âge :
 Date de naissance: Sexe: F G N° licence FFE (Souscription non obligatoire).....
 Niveau du cavalier (Galop FFE ou expérience équestre) :
 Nom et prénom du représentant légal :
 Lien avec l'enfant : Père Mère Tuteur Autre
 N° et nom de mutuelle :
 N° Sécurité sociale :
 Comment avez-vous connu le Club ?
 Site Internet Salon du Cheval Paris Salon du Cheval Angers Comité d'Entreprise Reportage TV Magazines Equestres
 Famille Amis (Nom :.....) Autre

Coordonnées	Père	Mère
Profession		
Tél Domicile		
Tél Travail		
Tél Portable		
Email		
Adresse		

TRANSPORT

Arrivée au stage : Route Train Paris Montparnasse Départ du stage : Route Train Paris Montparnasse

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui (joindre l'ordonnance et les médicaments) non Allergies : Asthme oui non
 Médicamenteuses oui non Alimentaires oui non Autres : Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir et vos observations

Merci de remplir les tableaux ci-dessous **ou** de joindre une photocopie du carnet de santé.

Remarque : Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date des derniers rappels
DTP			
ou DT Polio			
ou Tétracoq			
BCG			

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?		
RUBEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant
- autorise la sortie de l'enfant de l'hôpital avec un membre du club
- reconnais également avoir pris connaissance des conditions générales de vente ci-jointes (conditions consultables sur notre site internet)

DATE :

SIGNATURE :

ECURIES D'AIR PUR - La Daubinière - 49460 SOULAIRE ET BOURG - Tél 02 41 69 96 11

www.ecuriesdairpur.com - email : charlotte@ecuriesdairpur.com