

Nom de l'enfant :
 Prénom de l'enfant :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Nationalité :
 Poids : Taille : Sexe : Niveau d'équitation :

SEMAINE 1

LUNDI 24 OCTOBRE	Débutants	<input type="checkbox"/>	LUNDI 24 OCTOBRE	Galop 3 et +	<input type="checkbox"/>
MARDI 25 OCTOBRE	Galop 1.2.3	<input type="checkbox"/>	MARDI 25 OCTOBRE	Galop 3 et +	<input type="checkbox"/>
MERCREDI 26 OCTOBRE	Débutants	<input type="checkbox"/>	MERCREDI 26 OCTOBRE	Galop 3 et +	<input type="checkbox"/>
JEUDI 27 OCTOBRE	Galop 1.2.3	<input type="checkbox"/>	JEUDI 27 OCTOBRE	Galop 3 et +	<input type="checkbox"/>
VENDREDI 28 OCTOBRE	Débutants	<input type="checkbox"/>	VENDREDI 28 OCTOBRE	Galop 3 et +	<input type="checkbox"/>

SEMAINE 2

LUNDI 31 OCTOBRE	Débutants	<input type="checkbox"/>	LUNDI 31 OCTOBRE	Galop 3.4.5	<input type="checkbox"/>
MARDI 1 NOVEMBRE	Galop 1.2.3	<input type="checkbox"/>			
MERCREDI 2 NOVEMBRE	Débutants	<input type="checkbox"/>			
JEUDI 3 NOVEMBRE	Galop 1.2.3	<input type="checkbox"/>			
VENDREDI 4 NOVEMBRE	Galop 2 minimum	<input type="checkbox"/>			

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom et prénom
 Adresse
 Code postal..... Ville
 Tél..... / /
 Mail

PERSONNE AYANT L'ENFANT A CHARGE PENDANT LE SEJOUR et devant être contactée en cas de besoin

Nom et prénom : Adresse Vacances :

 Code Postal..... Ville..... Tél. :/.....

MÉDICAL

L'enfant présente des allergies oui non
 Traitement médical en cours oui non
 Régime alimentaire spécifique oui non

merci de préciser

SPORT

Certificat médical :
 fourni lors de l'inscription apporté le 1^{er} jour du séjour

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

A REMPLIR IMPERATIVEMENT

Profession Père

N° sécurité sociale.....

Profession Mère

Adresse Caisse

Employeur

N° MSA

Régime : Général MSA

Adresse Caisse

Mutuelle

Remarque : ces informations vous sont demandées afin de permettre au Centre de Loisirs de compléter les listings CAF en fin de stage, merci de votre compréhension.

Adresse mutuelle

PERSONNE AUTORISÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfantautorise ce dernier à quitter le centre de loisirs accompagné des personnes suivantes :

Nom, prénom.....Tél..... Nom, prénom.....Tél.....

Nom, prénom.....Tél.....

EN CAS D'URGENCE, vous devez être joignable pendant toute la durée du séjour de votre enfant.

La mise sur répondeur du téléphone est fortement déconseillée.

Il est indispensable de connaître l'adresse exacte et le numéro de téléphone des personnes qui auront l'enfant à charge.

DROIT A L'IMAGE :

L'UDSIS peut-être amenée à prendre des photographies ou des vidéos de vos enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne, et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite de temps ni de lieu. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de son séjour, nous vous remercions de **faire une lettre indiquant votre refus**. Cette lettre devra être adressée avec le dossier du séjour.

RENSEIGNEMENTS ET REGLEMENT INTERIEUR (feuille jointe)

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance de la fiche de renseignements et du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et en accepte les modalités.

**Nous déchargeons la responsabilité du Centre de Loisirs avant et après les horaires d'activités qui sont :
Le Lundi de 8h45 à 17h30 et les autres jours de la semaine de 9h à 17h30.**

Le...../...../.....

Signature



Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux et administratifs qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle pourra vous être rendue à la fin du séjour si vous le souhaitez.

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / GARÇON FILLE

ADRESSE :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

TEL : PORTABLE:

ADRESSE :

NOM : PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

TEL : PORTABLE:

ADRESSE :

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

ALLERGIES

 L'enfant est-il allergique ? OUI NON

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

(si automédication, le signaler. Fournir obligatoirement le protocole écrit ou le justificatif médical en cas d'allergie alimentaire)

TRAITEMENT MEDICAL L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI NON

Nature du traitement suivi:

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice), ainsi qu'une autorisation parentale écrite.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance + autorisation écrite des parents

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Notez ici tout ce que vous pensez nécessaire que nous sachions:

 je n'ai rien à signaler

Signature: