

## Fiche d'Inscription

Représentant légal (Nom, Prénom)	
Père, Mère, Tuteur, Autre	
Adresse	

Téléphone	Mail :
Téléphone si non joignable	

### Cavalier

Nom, Prénom	
Date de naissance	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Niveau Equestre	<input type="checkbox"/> G1 (débutant) <input type="checkbox"/> G2 (débrouillé) <input type="checkbox"/> G3 (Confirmé)

### Séjour

Intitulé	
Date	

**Assurances : Pour la pratique équestre, nous vous conseillons fortement de prendre une licence FFE en plus de votre assurance personnelle**

<input type="checkbox"/> Licence FFE	29€ - (nécessaire en cas de pratique en club ou de passage de galop)
<input type="checkbox"/> Licence Verte de la FFE	10€ - (valable 30 jours)

### Autorisations

- ☐ Je soussigné..... (père, mère) autorise les responsables de la ferme des 4 chemins à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner et à prendre en cas d'urgence toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- ☐ J'autorise mon enfant à se baigner sous surveillance.
- ☐ J'autorise la Ferme des 4 chemins à transporter mon enfant pour les besoins des activités, en voiture individuelle ou véhicule de la ferme, par des moyens de transports collectifs.
- ☐ J'autorise la Ferme des 4 chemins à utiliser les photos de mon enfant prises lors des activités du centre équestre et à les mettre en ligne sur son site et sur sa page facebook.

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?      Oui ☐      Non ☐

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 médicament ne pourra être donné et pris sans ordonnance ou avis médical).

# Fiche Sanitaire

Date du dernier rappel

Vaccins obligatoires	Diphtérie	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
	Tétanos	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
	Poliomyélite	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
	Ou DT Polio	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
	Ou Pentavac ou Tetravac	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	

Date :

Vaccins recommandés	Hépatite B		
	Rougeole - Oreillons - Rubéole		
	Coqueluche		
	BCG		
	Autres (préciser)		

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez la mention exacte)

Rubéole	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Rhumatisme articulaire aiguë	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Varicelle	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Otite	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Angine	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Rougeole	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Scarlatine	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Oreillons	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Asthme	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Autres	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

## Allergies

Alimentaires ☐ O ☐ N    Médicamenteuses ☐ O ☐ N    Autres ☐ O ☐ N

## Autes

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

--

## Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, des prothèses auditives, etc.... Merci de le préciser

--

Signature des parents ou du représentant légal