



L'enfant

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance
Nom séjour	Dates du séjour	Du .au

Merci de joindre une photocopie du carnet de vaccination de l'enfant

Merci de bien vouloir remplir cette fiche scrupuleusement. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable du séjour, et le cas échéant, aux services médicaux. Évitez de confier son carnet de santé à votre enfant, merci de faire des photocopies et de les joindre à cette fiche.

Renseignements médicaux

Poids	Taille	Suivra-t-il un traitement médical pendant le séjour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.				
Allergies (médicamenteuses, animaux, plantes, pollen)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Préciser :	
Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.				
Problèmes de santé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Préciser :	

Particularités ou informations que vous souhaitez nous partager

Le temps d'accueil est un moment privilégié pour parler des spécificités de votre enfant, pour mettre en place des accompagnements et pour noter des informations précises. N'hésitez pas à prendre le temps de communiquer avec nous ce qu'il vous semble nécessaire.

Renseignements utiles

L'enfant est-il déjà venu ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	L'enfant viendra-t-il avec un autre enfant ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si l'enfant est déjà venu, vous pouvez ici exprimer vos souhaits (ex : dormir dans la chambre avec ..., ou autre):					
Comment nous avez-vous connu ?					



Coordonnées des responsables du mineur-e à joindre en cas d'urgence

Responsable N°1

NOM	.	Prénom	Téléphone
Responsable N°2	.		
NOM	.	Prénom	Téléphone
MEDECIN TRAITANT	.		
NOM	.	Prénom	Téléphone

Autorisation

Cette case est obligatoire à cocher

En tant que responsable légal de l'enfant, je certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et les approuve sans réserve. J'autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant par « Au Fer A Cheval » sur ses supports de communication (groupe WhatsApp des parents, site internet <https://auferacheval.com> flyers et dépliants) et par un organe de presse dans le cadre d'un reportage (radio, télévision, presse écrite).

Aucune photo ne sera publiée sur les réseaux sociaux ou autre support sans le consentement de la famille.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du
texte.

Le

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une
date.

Fait à

Signature obligatoire