



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 :
--------------------	------------------------------	------------------------------	------------

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 a-t-il un régime alimentaire particulier ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui lequel ?
---	------------------------------	------------------------------	-----------------

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"/>
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	--	------------------------------	------------------------------

Comment nous avez-vous connu ?

Des choses particulières à nous préciser ?



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

Responsable N°1 :

NOM Prénom Téléphone

Responsable N°2

NOM Prénom Téléphone

Si l'enfant vit en famille d'accueil, merci de préciser les coordonnées de la personne en charge :

NOM Prénom Téléphone

Personne à contacter en cas d'urgence (en capacité de se déplacer si nécessaire)

NOM Prénom Téléphone

Adresse où vit l'enfant :

MEDECIN Traitant NOM, ville :

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 capture et 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> avec lien google photo à accès privé aux familles du séjour, flyers et dépliants, réseaux sociaux etc.) et par un organe de presse dans le cadre d'un reportage (radio, télévision, presse écrite).

Fait à

Le

Signature obligatoire