

Fiche de liaison

Centre équestre LA JUMENT VERTE - Date de séjour : _____

Vous

Nom _____ Prénom _____

Qualité : Père Mère Autre

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

N°sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il est impératif de joindre une copie de l'attestation de prise en charge en cours de validité de l'organisme concerné (S.S., M.S.A., CMU)

N°tel domicile _____ N°tel travail _____ N°tel portable _____

Votre enfant

Nom _____ Prénom _____

Fille Garçon

Date de naissance _____

Prise en charge de l'enfant

- **Au départ** : Nom et qualité de la personne confiant l'enfant _____

- **Durant le séjour** : personne à contacter le cas échéant _____

N°téléphone _____

N°portable _____

- **Au retour** Nom et qualité de la personne présente pour prendre en charge l'enfant _____

N°portable _____

Autorité parentale

Je soussigné(e) _____

Réponsable de l'enfant _____

Déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicale...) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date _____ Signature

Information médicale

1-Vaccination OBLIGATOIRE

Joindre les photocopies des pages du carnet de santé de votre enfant.

Cochez SVP les cases des questions pour : Oui, Rayez le cas échéant les réponses négatives

2-Maladies

Votre enfant a-t-il déjà eu des maladies suivantes

Rougeole Varicelle Rubéole Coqueluche Scarlatine Oreillons

3-Autres symptômes

Votre enfant est sujet aux Angines Asthme Allergies Rhumatisme

Autres : Préciser les circonstances, la fréquence et si un traitement est prescrit (joindre l'ordonnance)

4-Spécificités

Votre enfant porte il des lunettes

Oui Non si Oui seulement pour lire ou toute la journée Autres

Précisez le n° de verres : OG ____ OD ____

Suit il un régime alimentaire ? Oui Non Oui préciser _____

5-Autre

Veuillez indiquer ci-dessous ses autres difficultés de santé (maladie, accident, fractures, ...)

L'enfant suit-il un traitement médical autre que celui précédemment mentionné.

Oui Non Si oui lequel et pourquoi (joindre l'ordonnance)

Recommandation des parents (le caractère, le sommeil ou tout autre information utile sur votre enfant

6-Particularité

Certificat médical (obligatoire)

Nom du médecin traitant _____

Adresse _____ Code postal _____ Ville _____ Tel _____

Je soussigné _____ docteur en médecine,

certifie, après avoir examiné ce jour l'enfant _____

Né le ____ / ____ / ____ Demeurant _____

N'avoir constaté aucun signe transmissible actuellement décelable, ni d'infection cutanée pouvant présenter un danger de contamination.

- Poids de l'enfant _____
- L'enfant ne paraît pas porteur de parasitose
- L'enfant ne présente aucune contre indication à la pratique sportive
- L'enfant est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.

Fait à _____, le _____ Signature

Renseignements confidentiels entre la famille et le responsable du séjour de votre enfants. Ils nous permettront de mieux comprendre votre enfant et d'intervenir le cas échéant plus efficacement. N'hésitez pas à nous contacter directement pour toutes questions et renseignements utiles.