

**ALLERGIES :** ALIMENTAIRES  Oui  Non  
 MEDICAMENTEUSES  Oui  Non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollens) :  Oui  Non  
 Précisez : .....

**Si oui**, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui, préciser  Oui  Non

.....  
 .....  
 .....

**3 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

.....  
 .....  
 .....

**4. RESPONSABLE DU MINEUR**

**RESPONSABLE n°1 : NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
**ADRESSE :** .....

TEL Domicile:.....TEL Portable: .....  
 TEL Travail:.....

**RESPONSABLE n°2: NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
**ADRESSE :** .....

TEL Domicile:.....TEL Portable: .....  
 TEL Travail:.....

NOM et TEL du Médecin traitant : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

**Date :** ..... **Signature :** .....

<b>FICHE D'INSCRIPTION</b> A retourner remplie au : <b>PONEY CLUB DE LAIZE</b> 545 chemin de Givry 71870 LAIZE Tel : 03 85 36 91 64 info@equitalaize.com	<b>NOM de l'enfant:</b> .....	<b>PRENOM:</b> .....	
	<b>FILLE – GARÇON*</b>	<b>Date naissance :</b> .....	<b>ÂGE :</b> .....
	Licence FFE – Si oui N° .....	<b>TAILLE :</b> .....	
	Niveau équestre :	<b>POIDS :</b> .....	
DEBUTANT – Galop 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – Monte occasionnellement			

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** ..... **TEL :** .....

**ADRESSE :** .....

**CP / VILLE :** ..... **TEL PRO :** .....

**Email :** .....

**AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

**NOM Prénom :** ..... **TEL :** .....

**Vous avez connu le Poney-Club de Laizé par :**

Amis  – Internet  – Annonce Presse  – Salon  – Comité d'entreprise  – Autre  : .....

RESERVATION SÉJOUR	PRIX (voir TARIFS)
<b>SÉJOUR DU</b> ..... <b>AU</b> .....	Prix :
<b>OPTIONS CHOISIES :</b> .....	Prix :
<i>Si le stage est complet, notez ci-dessous celui susceptible de vous intéresser en remplacement :</i>	
<b>SÉJOUR DU</b> ..... <b>AU</b> .....	
Location d'une bombe ( <i>obligatoire si vous n'en possédez pas</i> )	Si Oui Prix :
Arrivée le dimanche soir à partir de 18h	Si Oui Prix :
Arrivée en train, service navette	Si Oui Prix :
Boxe pour votre poney	Si Oui Prix :
Désire la licence cavalier (25 € pour les - de 18 ans / 36 € adulte)	Si Oui Prix :
Désire la licence verte (valable 1 mois, 10 €)	Si Oui Prix :
<b>PRIX TOTAL DU SÉJOUR :</b>	
Prise en charge VACAF ou Comité d'entreprise ( <i>préciser</i> ) * : OUI – NON	
N° Allocataire CAF :	
CHEQUES VACANCES * : OUI - NON    CHEQUES UP SPORT & LOISIRS * : OUI – NON	

**ARRIVEE EN VOITURE le** .....

**ARRIVEE PAR LE TRAIN LE LUNDI MATIN :**

MACON VILLE                      DATE : .....HORAIRE.....  
 MACON LOCHE (TGV)          DATE : .....HORAIRE.....

**RETOUR LE SAMEDI APRES-MIDI :**

MACON VILLE                      DATE : .....HORAIRE.....  
 MACON LOCHE (TGV)          DATE : .....HORAIRE.....

\* Rayer les mentions inutiles

**Pour le règlement  
 Voir au VERSO**



## REGLEMENT

**Avec ma réservation, je joins un acompte de la moitié du montant du stage choisi soit :** .....

Par: ANCV  Espèces  Chèque bancaire  Carte bancaire (remplir ci-dessous)

Numéro de carte bancaire : .....

Date d'expiration : .....3 derniers chiffres : .....

Par virement :  IBAN FR76 1009 6180 4400 0674 7680 195 – BIC : CMCIFRPP

Je, soussigné(e), m'engage à verser le solde du stage le 1<sup>er</sup> jour de celui-ci

J'autorise mon fils  ma fille  :

- A pratiquer les activités proposées par le Poney-Club de Laizé
- A être transporté(e) dans un véhicule pour les besoins de l'activité (et le cas échéant, pour la navette AR à la gare de Mâcon)
- Autorise toutes personnes qualifiées à faire hospitaliser mon enfant et à intervenir chirurgicalement en cas d'urgence

Fait à ..... le.....

Nom..... Signature

Dès réception de l'inscription, nous vous confirmerons celle-ci par mail et vous communiquerons les dernières informations concernant le séjour réservé.

### ANNULATION

Si une annulation intervient moins de 8 semaines avant la date de début du séjour, l'acompte versé restera intégralement acquis par le Poney Club, sauf si le stage est reporté dans cette période. Le Poney-Club se réserve le droit – si les circonstances l'exigeaient – d'annuler un stage. Dans ce cas, les sommes versées seront intégralement remboursées.

## INFORMATIONS PARTICULIERES

**Précisez par exemple si votre enfant souhaite partager la chambre avec un(e) ami(e).**

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise le Poney-Club de Laizé à utiliser pour ses publications les photos prises pendant le séjour sur lesquelles figurent mon enfant.

**Oui j'autorise**

**Non je n'autorise pas**

**PONEY CLUB DE LAIZE – 71870 LAIZE**

**Tel : 03 85 36 91 64 – info@equitalaize.com – www.equitalaize.com**



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### DOCUMENT CONFIDENTIEL

**Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination**

**NOM DU MINEUR :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ...../...../.....

**SEXE :** M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant, conformément à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjours de vacances ou en accueil de loisirs.

### 1. VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polyomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence médicale)

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 administré sans ordonnance.**