TROUSSEAU SEJOUR

SUR LES TRACES DES CATHARES

14-17 ANS

Pour le bivouac :

- Sac de couchage + sac à viande (draps de duvet) + oreiller gonflable *(possibilité d'en trouver chez Decathlon)*
- Un matelas de camping type Karimat pour le bivouac
- Lampe de poche (avec pile de rechange)

Pour les activités :

- 2 pantalons d'équitation
- Boots et mini shaps ou bottes
- Casque d'équitation
- Une casquette + crème solaire+ lunettes de soleil (avec cordon pour les attacher)
- Un maillot de bain +serviette de plage
- Une gourde 1 l minimum ou 2 gourdes de 500 ml

Les jeunes amènent uniquement les affaires de la journée à cheval dans les sacoches à l'arrière de la selle.

Pour le quotidien :

- Une paire de baskets et une paire de sandales
- Un coupe-vent imperméable
- Un pantalon de pluie leger
- Une veste chaude pour le soir
- Deux pantalons
- Deux shorts
- 6 tee-shirts manches courtes
- Deux tee-shirts manches longues
- Un pull et deux polaires
- Six paires de chaussettes
- Six culottes
- Un pyjama
- Une serviette de toilette + trousse de toilette
- Un paquet de mouchoirs
- Argent de poche (20 euros maximum si possible avec des petits billets, gardés par les animateurs)
- Un appareil photo jetable
- Un sac à linge sale

ATTENTION : Les téléphones portables ne sont pas en accès libre, ils sont gardés dans un local sécurisé et donnés à certains moments de la journée aux jeunes

N'oubliez pas les papiers indispensables :

- **Fiche Sanitaire remplie** (avec photo) + photocopie **carte vitale et attestation sécurité sociale**
- Copie de la **vaccination DTPolio à jour**
- Ordonnance si traitement en cours / Ordonnance obligatoire pour tous médicaments même doliprane Spasfon ou homéopathie)

Pour venir :

Fléché depuis Mirepoix à partir du rond point de super U, suivre les panneaux ferme équestre du Soularac, 6 km de Mirepoix.

GPS : Lieu dit coufet 09500 Roumengoux

Pour les enfants qui viennent en train, nous mettons en place une navette gratuite à partir de la gare de Pamiers. ***Prendre obligatoirement contact avec nous avant réserver votre train*** *: 0561697405 ou 0645282186 = nous n'organisons qu'une seule navette à horaire fixe !*

Toutes les infos par mail : info@soularac.com

Intitulé du séjour :
Dates de séjour :

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et de Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours de l'enfant.
Elle évite de vous démunir du carnet de santé

① ENFANT

Nom :……. Prénom :……..

date de naissance :……

Garçon : ☐ Fille : ☐

Adresse :……..……

……..

② MÉDECIN TRAITANT

Nom :…… Prénom :……

Adresse :……..……

……..

N° de téléphone :……

③ VACCINATIONS (se referez au carnet de santé ou au certificat de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Pentacoq **ou**		Hépatite B	
Tetracoq **ou**		Rubéole Oreillons Rougeole	
Autre :		Coqueluche	
		Autres (préciser)	
BCG			
Test tuberculinique :			
négatif ☐	positif ☐		

Personne à contacter en cas d'urgence :……

④ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	OTITE
oui ☐ non☐	oui☐ non☐	oui☐ non☐	oui ☐ non☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	
oui ☐ non☐	oui☐ non ☐	oui ☐ non☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES :

ASTHME oui ☐ non☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non☐ AUTRES……

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

……

……

……

……

……

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions a prendre :**

……

……

……

……

……

⑤ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc.…

……

……

……

Je soussigné, …… responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :…… Signature :……