



CENTRE DE LOISIRS Saint-Vigor le Grand
(Accueil Collectif de Mineurs)
9 rue de la Mairie
14400 SAINT-VIGOR-LE-GRAND



FICHE D'INSCRIPTION Printemps 2019

Dossier à rendre complet en mairie de Saint-Vigor le Grand

NOM et prénom des parents	Parent 1	Parent 2			
Adresse (rue, code postal, ville)					
Contacts (téléphones, adresse mail...)					
Profession					
N° d'allocataire CAF ou MSA		Quotient (réservé administration)			
ENFANT					
NOM et prénom					
date et lieu de naissance					
Vaccins (date de la dernière injection)					
Diphtérie Tétanos Poliomyélite Obligatoire					
B.C.G. (recommandé)					
R.O.R. (recommandé)					
Hépatite (recommandé)					
Pneumocoque (recommandé)					
Suit-il un traitement médical? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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).					
	séjour	repas		séjour	repas
lundi 8 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lundi 15 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mardi 9 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mardi 16 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 10 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 17 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeudi 11 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jeudi 18 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vendredi 12 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vendredi 19 avril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pièces à joindre :

(en cas de premier dossier dans l'année, ou dans le cadre d'un changement de situation)

- ☐ copie du livret de famille ou acte de naissance
- ☐ attestation d'assurance scolaire, extra-scolaire
- ☐ attestation de quotient familial (régime général ou agricole)



merci de compléter le verso

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :					
	Oui	Non		Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (animaux, plantes, pollen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?					
	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne) :

.....

.....

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'(les) enfant(s) (autres que parents) :		
Nom et Prénom		
Lien avec l'enfant		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
A appeler en cas d'urgence		
Autorisé à récupérer l'enfant		

Autorisations parentales :

En cas de maladie ou d'accident, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence qui déterminent le lieu d'hospitalisation. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons le centre de loisirs à prendre toutes mesures d'urgence.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'hospitalisation et l'anesthésie si nécessaire de notre enfant

Autorisons le centre de loisirs à prendre des photographies ou vidéos de notre enfant dans le cadre des activités extrascolaires. ☐ oui ☐ non

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons ☐ oui ☐ non la mairie agréé par les services de la CAF ou de la MSA à prendre connaissance de notre Quotient Familial. Numéro allocataire : Nom de l'allocataire :

Fait à, le

Signature des parents ou du responsable légal