



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



FICHE D'INSCRIPTION Eté 2018

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 | | |

ENFANT

| | |
|---------------------------|--|
| NOM et prénom | |
| date et lieu de naissance | |

Vaccins (date de la dernière injection)

| | |
|---|--|
| Diphhtérie Tétanos Poliomyélite Obligatoire | |
| B.C.G. (recommandé) | |
| R.O.R. (recommandé) | |
| Hépatite (recommandé) | |
| Pneumocoque (recommandé) | |

Suit-il un traitement médical? 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).

| | séjour | repas | activité complémentaire | | séjour | repas | activité complémentaire |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--|---------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 9 au 13 juillet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 au 10 août | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16 au 20 juillet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 13 au 17 août | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23 au 27 juillet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mini camp* | 20 au 24 août | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mini camp* |
| 30 juillet au 3 août | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> sortie fin séjour | 27 au 31 août | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> sortie fin séjour |

* la participation au mini camp est prioritairement adressée au 11 – 14 ans

| | |
|----------------|---|
| Foulard | <input type="checkbox"/> optionnel (facturé 2€ lors de la 1ère facture) |
|----------------|---|

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