



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



**FICHE D'INSCRIPTION Automne 2019**

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

<b>NOM et prénom des parents</b>	<b>Parent 1</b>		<b>Parent 2</b>		
Adresse (rue, code postal, ville)					
Contacts (téléphones, adresse mail...)					
Profession					
<b>N° d'allocataire CAF ou MSA</b>			Quotient (réservé administration)		
<b>ENFANT</b>					
<b>NOM et prénom</b>					
<b>date et lieu de naissance</b>					
<b>Vaccins (date de la dernière injection)</b>					
Diphthérie Tétanos Poliomyélite Obligatoire					
B.C.G. (recommandé)					
R.O.R. (recommandé)					
Hépatite (recommandé)					
Pneumocoque (recommandé)					
<b>Suit-il un traitement médical ?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>			
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).					
	<b>séjour</b>	<b>repas</b>			
lundi 21 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lundi 28 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mardi 22 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mardi 29 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 23 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 30 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeudi 24 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jeudi 31 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vendredi 25 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vendredi 1 <sup>er</sup> novembre	FERIE	

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
<b>Asthme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Médicamenteuses</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alimentaires</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Autres (animaux, plantes, pollen...)</b>	<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
<b>Rubéole</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Oreillons</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Varicelle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Otite</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Angine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Rougeole</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	<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) :

.....

.....

<b>Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'(les) enfant(s) (autres que parents) :</b>	
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.

- autorisons le centre de loisirs à prendre toutes mesures d'urgence
- autorisons l'hospitalisation et l'anesthésie si nécessaire de notre enfant
- autorisons ( oui  non) le centre de loisirs à prendre des photographies ou vidéos de notre enfant dans le cadre des activités extrascolaires.
- autorisons ( oui  non) le service de 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