

FICHE D'INSCRIPTION Automne 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)		
<div>ENFANT</div>					
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 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 ^{er} 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

<input type="checkbox"/> 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.

- 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