



**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 2018**

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>
<b>Adresse (rue, code postal, ville)</b>		
<b>Contacts (téléphones, adresse mail...)</b>		
<b>Profession</b>		
<b>N° d'allocataire CAF ou MSA</b>	Quotient (réservé administration)	

**ENFANT**

<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"/> 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).		

	<b>séjour</b>	<b>repas</b>		<b>séjour</b>	<b>repas</b>
lundi 22 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lundi 29 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mardi 23 octobre	<b>COMPLET</b>	<b>COMPLET</b>	mardi 30 octobre	<b>COMPLET</b>	<b>COMPLET</b>
mercredi 24 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 31 octobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeudi 25 octobre	<b>COMPLET</b>	<b>COMPLET</b>	jeudi 1 <sup>er</sup> novembre		<b>FÉRIÉ</b>
vendredi 26 octobre	<b>COMPLET</b>	<b>COMPLET</b>	vendredi 2 novembre	<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
<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>Rhumatismes articulaires aigus</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) :

.....

.....

**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