



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



FICHE D'INSCRIPTION Hiver 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					
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					
<small>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).</small>					
	séjour	repas		séjour	repas
lundi 11 février	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lundi 18 février	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mardi 12 février	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mardi 19 février	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 13 février	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 20 février	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeudi 14 février	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jeudi 21 février	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vendredi 15 février	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vendredi 22 février	<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

<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, énorésie 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