



**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 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)

**ENFANT**

NOM et prénom							
date et lieu de naissance							
<b>Vaccins (date de la dernière injection)</b>							
Diphtérie 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							
<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	activité complémentaire		séjour	repas	activité complémentaire
8 au 12 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5 au 9 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 au 19 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mini camp*	12 au 16 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22 au 26 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		19 au 23 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mini camp*
29 juillet au 2 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sortie fin séjour	26 au 30 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sortie fin séjour
<small>* la participation au mini camp est prioritairement adressée au 11 – 14 ans</small>							
<b>Foulard</b>	<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

<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) :

.....  
 .....

<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