



**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 2020**

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>		
Diphthérie Tétanos Poliomyélite Obligatoire		
B.C.G. (recommandé)		
R.O.R. (recommandé)		
Hépatite (recommandé)		
Pneumocoque (recommandé)		

**Suit-il un traitement médical?**  Oui

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
6 au 10 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 au 7 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 au 17 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 au 14 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 au 24 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 au 21 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 au 31 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 au 28 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* la participation au mini camp est prioritairement adressée au 11 – 14 ans

**Foulard**

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

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres (animaux, plantes, pollen...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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?

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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, à 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 : .....

\* Les informations recueillies ont pour finalité la gestion du centre de loisirs. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » de 1978 modifiée et au RGPD, vous disposez de droits sur vos données. Pour les exercer ou pour toute question, veuillez contacter le délégué à la protection des données : [rgpd@cdg14.fr](mailto:rgpd@cdg14.fr)

Fait à ....., le .....

Signature des parents ou du responsable légal