



FICHE D'INSCRIPTION Automne 2020

Dossier à rendre complet en mairie de Saint-Vigor le Grand

ENFANT

Vaccins (date de la dernière injection) ou joindre la copie des vaccinations du carnet de santé	
NOM	Diphtérie Tétanos Poliomyélite
Prénom	B.C.G.
Sexe	R.O.R.
Date de naissance	Hépatite
Lieu de naissance	Pneumocoque
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).	

PARENTS

NOM et prénom des parents		
Adresse (rue, code postal, ville)		
Contacts (téléphones, adresse mail...)		
Profession		
N° d'allocataire CAF ou MSA		Quotient (réservé administration)

SEJOUR

	séjour	repas		séjour	repas
Lundi 19 octobre			Lundi 26 octobre		
Mardi 20 octobre			Mardi 27 octobre		
Mercredi 21 octobre			Mercredi 28 octobre		
Jeudi 22 octobre			Jeudi 29 octobre		
Vendredi 23 octobre			Vendredi 30 octobre		

Complet

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			

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énuésie 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 (hospitalisation et 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.
- autorisons (oui non) la publication des photos sur les réseaux sociaux et sur le site de la mairie.
- 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 : rqp@cdq14.fr

Date et signature