



FICHE D'INSCRIPTION Hiver 2023

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

ENFANT

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Vaccins

Certifiez que les vaccinations obligatoires de notre enfant ont bien été effectuées (merci de cocher la case ci-contre et fournir l'attestation du médecin)

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).

PARENTS

Nom, prénom :

adresse :

Code postal, ville :

téléphone :

mail :

Profession :

N° d'allocataire CAF ou MSA : Quotient (réservé administration)

Nom et adresse de la personne effectuant le règlement :

Choix du SEJOUR

	séjour	repas		séjour	repas
Lundi 13 février			Lundi 20 février		
Mardi 14 février			Mardi 21 février		
Mercredi 15 février			Mercredi 22 février		
Jeudi 16 février			Jeudi 23 février		
Vendredi 17 février			Vendredi 24 février		

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)
- certificat médical

⇒ **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, 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 (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 le facebook du centre et 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 : rqpdc@cdq14.fr

Date et signature