

## Enfant supplémentaire

Renseignements de l'enfant	
Nom : .....	
Prénom : .....	
<input type="checkbox"/> Garçon / <input type="checkbox"/> Fille	
Age : .....	Date de naissance : .....
projet d'accueil individualisé (PAI) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (merci de fournir le document lors de l'inscription)	

### PIÈCE À FOURNIR :

- Le dossier rempli avant le 25/01
- Le questionnaire
- Photocopie des vaccins à jour
- Le paiement (chèque à l'ordre du Trésor Public)
- Une attestation de CAF avec le quotient familial si inférieur ou égal à 1 067 €
- Fiche sanitaire
- Attestation d'assurance

Si les photocopies du carnet de vaccination et l'attestation d'assurance ont déjà été données pour l'année scolaire en cours, il n'est pas nécessaire de les transmettre une nouvelle fois

Par contre si votre enfant de 3 ans n'est pas propre ni scolarisé il ne sera pas accepté

Mon enfant ira à la garderie le lundi 10 février au matin  Oui  Non

Est-ce qu'il vous faut une attestation de présence ?  Oui  Non

	Bayenghémiais	Extérieurs	Garderie
<b>Semaine 1</b> Du 10 au 14 février			
<b>Semaine 2</b> Du 17 au 21 février			

## 1<sup>er</sup> / 2<sup>ème</sup> semaine

Bayenghémiais				
	Tranche	QF< 1067 Euros	Tranche	QF> 1067 Euros
1er enfant	1A	40.00 Euros	4A	45.00 Euros
2ème enfant	2A	39.00 Euros	5A	44.00 Euros
3ème enfant +	3A	38.00 Euros	6A	43.00 Euros
Garderie	5.50 Euros			

Extérieurs				
	Tranche	QF< 1067 Euros	Tranche	QF> 1067 Euros
1er enfant	1B	47.00 Euros	4B	52.00 Euros
2ème enfant	2B	46.00 Euros	5B	51.00 Euros
3ème enfant +	3B	45.00 Euros	6B	50.00 Euros
Garderie	8.50 Euros			

Semaine	Tranche	Calcul	Total
1			
2			
<b>Total</b>			

Enfants	Tranche	Calcul	Total
1			
2			
3			
4			
5			
<b>Total Général</b>			

Le Maire de la Commune de Bayenghem-lez-Eperlecques sis au 47 rue François Mitterrand à Bayenghem-lez-Eperlecques A désigné Le Centre de Gestion du Pas-de-Calais sis Allée du Château à Bruay-la-Buissière en qualité de délégué à la protection des données.

Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la réalisation du traitement : inscriptions au centre de loisirs.

Les données ne sont destinées qu'à la mairie de Bayenghem-lez-Eperlecques et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pendant une durée de 2 ans.

Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant.

Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter par courrier postal le centre de gestion allée du château 62700 Bruay-la-Buissière ou via la plateforme dédiée en ligne « démarches simplifiées.fr ». Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

**AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES  
LIEU D'ACCUEIL PETITE ENFANCE  
CENTRE DE LOISIRS - CENTRE DE VACANCES**

*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.  
Autorisation renouvelée par tacite reconduction d'une année sur l'autre.*

<p><b>NOM DE L'ENFANT :</b> .....</p> <p><b>NOM DU RESPONSABLE LEGAL :</b> .....</p>
--

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

◦ **AUTORISATION DE SORTIE**

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par le Lieu d'Accueil Petite Enfance ou le Centre Social.

Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

A....., le .....

Signature

◦ **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le .....

Signature

◦ **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le .....

Signature

◦ **AUTORISATION DE PUBLICATION**

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A....., le .....

Signature

