

# CENTRE DE LOISIRS DE BAYENGHEM-LEZ-EPERLECCQUES

	Bayenghémois	Extérieurs
Du 23 au 27 octobre		

## Renseignements concernant votre enfant

Nom:..... Prénom:.....

Sexe féminin  masculin

Date de naissance:..... classe.....

Mon enfant bénéficie d'un projet d'accueil individualisé (PAI) Oui  Non   
(merci de fournir le document lors de l'inscription)

**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 23 octobre au matin Oui  Non

Si oui quelle heure.....  
Pour les autres jours il y aura un planning à remplir à l'accueil du centre.

J'autorise le service jeunesse à exploiter les images prises aux cours des activités réalisées dans le cadre du centre de loisirs sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous les supports de communication: film, photos, site internet, articles de presse, reportages,....  
Oui  Non

Je soussigné(e) (nom, prénom) .....

Responsable légal de l'enfant (nom, prénom) .....

Déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Bayenghem-Lez-Eperlecques à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ces documents

Fait à..... Le.....

Signature  
(précédée de la mention "lu et approuvé")

## Renseignements concernant la famille

Responsable de l'enfant: père  mère  tuteur

Père	Mère
Nom prénom: .....	Nom prénom: .....
Adresse: .....	Adresse: .....
C.P:..... ville: .....	C.P:..... ville: .....
N° tel portable: .....	N° tel portable: .....
Adresse mail:.....	Adresse mail:.....
Coordonnées de l'assurance responsabilité civile: (fournir copie attestation).....	Coordonnées de l'assurance responsabilité civile:(fournir copie attestation).....
N° d'assurance:.....	N° d'assurance:.....

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde, est-il autorisé à récupérer l'enfant:

Oui

Non

Joindre si nécessaire le jugement de divorce

## Autres renseignements

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)	Personnes autorisées à récupérer l'enfant
Nom prénom:.....	Nom prénom:.....
Lien avec l'enfant :.....	Lien avec l'enfant :.....
N° de téléphone:.....	N° de téléphone:.....
Nom prénom:.....	Nom prénom:.....
Lien avec l'enfant :.....	Lien avec l'enfant :.....
N° de téléphone:.....	N° de téléphone:.....
Nom prénom:.....	Nom prénom:.....
Lien avec l'enfant :.....	Lien avec l'enfant :.....
N° de téléphone:.....	N° de téléphone:.....
Nom prénom:.....	Nom prénom:.....
Lien avec l'enfant :.....	Lien avec l'enfant :.....
N° de téléphone:.....	N° de téléphone:.....

## Enfant supplémentaire

	Bayenghémois	Extérieurs
Du 23 au 27 octobre		

### Renseignements concernant votre enfant

Nom:.....Prénom:.....

Sexe féminin  masculin

Date de naissance:..... classe.....

Mon enfant bénéficie d'un projet d'accueil individualisé (PAI) Oui  Non   
(merci de fournir le document lors de l'inscription)

**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 23 octobre au matin Oui  Non

Si oui quelle heure.....

Pour les autres jours il y aura un planning à remplir à l'accueil du centre.

J'autorise le service jeunesse à exploiter les images prises aux cours des activités réalisées dans le cadre du centre de loisirs sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous les supports de communication: film, photos, site internet, articles de presse, reportages,...

Oui

Non

Je soussigné(e) (nom, prénom) .....

Responsable légal de l'enfant (nom, prénom) .....

Déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Bayenghem-Lez-Eperlecques à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ces documents

Fait à..... Le.....

Signature

(précédée de la mention "lu et approuvé")

		Bayenghémiais		Extérieurs	
		QF=<1067€	QF=>1067	QF=<1067€	QF=>1067
Du 23 au 27 octobre	1 <sup>er</sup> enfant	38.50 €	43.50 €	45.50 €	50.50 €
	2 <sup>ème</sup> enfant	37.50 €	42.50 €	44.50 €	49.50 €
	3 <sup>ème</sup> enfant +	36.50 €	41.50 €	43.50 €	48.50 €
	Garderie	2.00 € x ..... enfant(s)=.....€		3.00 € x ..... enfant(s)=.....€	
<b>Total</b>					

## Documents à fournir lors de l'inscription:

- le dossier rempli **avant le 9 octobre 2023**
- 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

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

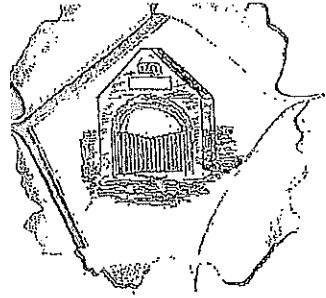
Le Maire de la Commune de Bayenghem-lez-Eperlecques sis au 47 rue François Mitterrand à Bayenghem-lez-Eperlecques a désigné Le Centre de Gestion du Pas-de-Calais sis Allée du Château à Bruay-la-Buissière en qualité de délégué à la protection des données.

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.



# Commune de Bayenghem-lez-Eperlecques

## Centre de Loisirs

En partenariat avec la CAF de Calais et la MSA

### Questionnaire

1 - Comment avez vous été informé(e) de l'ouverture du centre ?

- courrier
- presse
- affichage
- par l'école
- « bouche à oreilles »
- site officiel de la mairie
- facebook

2 - L'information était-elle complète, claire ?

oui  non

si non , précisez pourquoi : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 - Pourquoi avez-vous inscrit votre ou vos enfant(s) dans ce centre ?

- sa proximité
- ses tarifs
- autre motif  précisez : \_\_\_\_\_

4 - Concernant le paiement, que pensez-vous du principe d'un tarif modulable suivant le quotient familial?

d'accord  pas d'accord

Si vous n'êtes pas d'accord, précisez pourquoi : \_\_\_\_\_

5 - Pensez-vous être suffisamment informé(e) sur les possibilités de règlement ?

oui  non  Précisez : \_\_\_\_\_

6 - Avez-vous consulté le projet pédagogique et(ou) éducatif du Centre de Loisirs ?\*

oui  non

7 - Pensez-vous avoir eu suffisamment d'informations sur le déroulement, les activités et les sorties organisées par le Centre ?

oui  non  précisez pourquoi : \_\_\_\_\_

8 - Que pensez-vous des horaires ?

Très satisfaisant  satisfaisant  peu satisfaisant

Précisez : \_\_\_\_\_

9 - Aux prochaines vacances scolaires, pensez-vous inscrire vos ou votre enfant(s) ?

oui  non

10 - Avez-vous d'autres observations ou remarques ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci d'avance pour votre aide.



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

---

---

---

---

---

---

---

---