



HALLOWEEN

	Bayenghémiais	Extérieurs	Garderie
Du 20 au 24 octobre 2025			

Renseignements de l'enfant

Nom :

Prénom :

Garçon / Fille

Age:..... Date de naissance Classe :

Projet d'accueil individualisé (PAI) Oui Non

(merci de fournir le document lors de l'inscription)

Mon enfant ira à la garderie le lundi 20 octobre au matin Oui Non
Merci d'indiquer l'heure.....

De 9h30 à 17h30

N'oubliez pas de prévoir un sac à dos tous les jours avec à l'intérieur :

- goûter pour l'après-midi, serviette de table
- boissons suffisantes pour la journée (gourde)
- casquette crème solaire, bonnet (selon la saison)
- K-way.
- Tenue de rechange

Et tout ce que vous jugerez utile pour votre enfant.

Renseignements concernant la famille

Responsable de l'enfant: père mère tuteur

Père	Mère
Nom prénom:	Nom prénom:
Adresse:	Adresse:
C.P:.....	C.P:.....
ville:	Ville:
N° tel fixe :	N° tel fixe :
N° tel portable:	N° tel portable:
Adresse mail:.....	Adresse mail:.....

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

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

tarif

Bayenghémois		
	QF < 1067 Euros	QF > 1067 Euros
1er enfant	40.00 Euros	45.00 Euros
2ème enfant	39.00 Euros	44.00 Euros
3ème enfant +	38.00 Euros	43.00 Euros
Garderie	5.50 Euros pour la semaine	

Extérieurs		
	QF < 1067 Euros	QF > 1067 Euros
1er enfant	47.00 Euros	52.00 Euros
2ème enfant	46.00 Euros	51.00 Euros
3ème enfant +	45.00 Euros	50.00 Euros
Garderie	8.50 Euros pour la semaine	

Nombre de semaine.....x tarif..... + garderie	
Nombre de semaine.....x tarif..... + garderie	
Nombre de semaine.....x tarif.....+ garderie	
Nombre de semaine.....x tarif.....+ garderie	
total	

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

PIÈCE À FOURNIR :

- Le dossier rempli avant le **samedi 04/10 dernier délai**
- 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 donnés pour l'année 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



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
Diphthérie						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 AIGU 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

