



Fiche Enfant 2024/2025

Nom _____	Prénom _____
Adresse : _____ _____ _____ Téléphone : _____ ** Liste rouge Portable : _____ Email : _____	Né(e) le : _____ Sexe : _____ Nationalité : _____

Généralités famille														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Régime</th></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Régime allocataire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nom allocataire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">N° Allocataire : _____</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Garde alternée</th></tr> <tr><td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, les enfants sont chez vous en :</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Semaine impaire : <input type="checkbox"/> Semaine paire : <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Régime	Régime allocataire : _____	Nom allocataire : _____	N° Allocataire : _____	Garde alternée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, les enfants sont chez vous en :	Semaine impaire : <input type="checkbox"/> Semaine paire : <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Portail Famille</th></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Pour accéder au Portail Famille, cochez la case <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Informations utiles</th></tr> <tr><td style="padding: 2px; height: 50px;"> </td></tr> </table>	Portail Famille	Pour accéder au Portail Famille, cochez la case <input type="checkbox"/>	https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220	Informations utiles	
Régime														
Régime allocataire : _____														
Nom allocataire : _____														
N° Allocataire : _____														
Garde alternée														
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non														
Si oui, les enfants sont chez vous en :														
Semaine impaire : <input type="checkbox"/> Semaine paire : <input type="checkbox"/>														
Portail Famille														
Pour accéder au Portail Famille, cochez la case <input type="checkbox"/>														
https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220														
Informations utiles														

Généralités enfant										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Scolarité 2023/2024</th></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Classe : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Etabl. scolaire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Instituteur : _____</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">PAI (Copie obligatoire)</th></tr> <tr><td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, précisez. : ...</td></tr> </table>	Scolarité 2023/2024	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	PAI (Copie obligatoire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez. : ...	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Allergies - Repas spéciaux</th></tr> <tr><td style="padding: 2px; height: 100px;"> </td></tr> </table>	Allergies - Repas spéciaux	
Scolarité 2023/2024										
Classe : _____										
Etabl. scolaire : _____										
Instituteur : _____										
PAI (Copie obligatoire)										
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
Si oui, précisez. : ...										
Allergies - Repas spéciaux										

Personnes interdites ou autorisées à récupérer l'enfant			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
..	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Parents

Parent 1	Responsable légal	**
Parenté :	_____	
Civilité :	_____	
Nom :	_____	
Prénom :	_____	
Profession :	_____	
Employeur :	_____	
Téléphone :	_____	Poste : _____
Portable :	_____	
Situation familiale :	_____	

Parent 2	Responsable légal	**
Parenté :	_____	
Civilité :	_____	
Nom :	_____	
Prénom :	_____	
Profession :	_____	
Employeur :	_____	
Téléphone :	_____	Poste : _____
Portable :	_____	
Situation familiale :	_____	

Autre	Responsable légal	**
Parenté :	_____	
Civilité :	_____	
Nom :	_____	
Prénom :	_____	
Profession :	_____	
Employeur :	_____	
Téléphone :	_____	Poste : _____
Portable :	_____	

Signatures des 2 responsables légaux

Autorisation pour l'enfant

Je, soussigné

Parent 1

Parent 2

Autre

.....

.....

.....

déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes

Détail des autorisations

.. ..	Autorise N'autorise pas	mon enfant à participer aux activités proposées par le Service Enfance Jeunesse et le Service des Sports
.. ..	Autorise N'autorise pas	le transport de mon enfant par l'équipe d'animation ou un prestataire.
.. ..	Autorise N'autorise pas	mon enfant à rentrer seul ou à attendre seul l'arrivée des parents, après les activités Sports Vacances, Ados Club (possibilité de rayer la mention non souhaitée).
.. ..	Autorise N'autorise pas	le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.
.. ..	Autorise N'autorise pas	l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).
.. ..	Autorise N'autorise pas	la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charges) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.).
.. ..	Autorise N'autorise pas	La Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche dont le siège social est situé 20 rue des Aubépines à La Haye (50 250) à reproduire sur tout support et par tous procédés et à diffuser, sans contrepartie (notamment financière), la (ou les) photographie(s), le film et ou l'enregistrement (ci-après les œuvres) représentant mon enfant. Les œuvres précitées seront utilisées par la Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche ou l'un de ses partenaires afin de communiquer sur les actions, événements et projets de la collectivité ou de ses partenaires. L'autorisation porte exclusivement sur une diffusion par ou sous le contrôle direct de la Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche, sur support papier (plaquette, brochure d'information, affiche,...) ou dématérialisé, via Internet et en particulier sur les sites internet appartenant à la Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche. La Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche pourra faire tout usage des œuvres, dans les limites précitées. La présente autorisation est consentie pour le monde entier et sans aucune limite de temps. Les légendes ou commentaires accompagnant la diffusion des œuvres ne devront pas porter atteinte à la réputation, à la vie privée, à l'intégrité de mon enfant.

Signatures des 2 responsables légaux

Fait à

Le



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc..

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :