



## 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>	Régime	Régime allocataire : _____	Nom allocataire : _____	N° Allocataire : _____	<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;"><a href="https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220">https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220</a></td></tr> </table>	Portail Famille	Pour accéder au Portail Famille, cochez la case <input type="checkbox"/>	<a href="https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220">https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220</a>
Régime								
Régime allocataire : _____								
Nom allocataire : _____								
N° Allocataire : _____								
Portail Famille								
Pour accéder au Portail Famille, cochez la case <input type="checkbox"/>								
<a href="https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220">https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220</a>								
<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>	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;">Informations utiles</th></tr> <tr><td style="height: 50px;"></td></tr> </table>	Informations utiles		
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"/>								
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>	Scolarité 2023/2024	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	<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="height: 100px;"></td></tr> </table>	Allergies - Repas spéciaux	
Scolarité 2023/2024							
Classe : _____							
Etabl. scolaire : _____							
Instituteur : _____							
Allergies - Repas spéciaux							
<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>	PAI (Copie obligatoire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez. : ...				
PAI (Copie obligatoire)							
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Si oui, précisez. : ...							

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

**Parents**

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

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

<b>Autre</b>	<b>Responsable légal</b>	<b>**</b>
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**

.. ..	<b>Autorise</b> <b>N'autorise pas</b>	mon enfant à participer aux activités proposées par le Service Enfance Jeunesse et le Service des Sports
.. ..	<b>Autorise</b> <b>N'autorise pas</b>	le transport de mon enfant par l'équipe d'animation ou un prestataire.
.. ..	<b>Autorise</b> <b>N'autorise pas</b>	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).
.. ..	<b>Autorise</b> <b>N'autorise pas</b>	le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.
.. ..	<b>Autorise</b> <b>N'autorise pas</b>	l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).
.. ..	<b>Autorise</b> <b>N'autorise pas</b>	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.).
.. ..	<b>Autorise</b> <b>N'autorise pas</b>	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

MINISTÈRE  
DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS  
ET DE LA  
VIE ASSOCIATIVE

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  
 MÉDICAMENTEUSES  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 :