

Fiche Enfant 2025/2026

Nom	Prénom
Adresse : _____ _____ _____ Téléphone : _____ Portable : _____	Né(e) le : _____ Sexe : _____ Nationalité : _____

Généralités famille															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th style="padding: 5px;">Régime</th></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Régime allocataire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Nom allocataire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">N° Allocataire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Allocataire AEEH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th style="padding: 5px;">Garde alternée</th></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Si oui, les enfants sont chez vous en :</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Semaine impaire : <input type="checkbox"/> Semaine paire : <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Régime	Régime allocataire : _____	Nom allocataire : _____	N° Allocataire : _____	Allocataire AEEH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	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: #e0f2f1;"><th style="padding: 5px;">Portail Famille</th></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Pour accéder au Portail Famille, cochez la case <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">https://portail6.aiga.fr/index.php5?client=07220</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th style="padding: 5px;">Informations utiles</th></tr> <tr><td style="padding: 5px; height: 80px;"></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 : _____															
Allocataire AEEH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non															
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: #e0f2f1;"><th style="padding: 5px;">Scolarité 2025/2026</th></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Classe : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Etabl. scolaire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Instituteur : _____</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th style="padding: 5px;">PAI (Copie obligatoire)</th></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Si oui, précisez. : ...</td></tr> </table>	Scolarité 2025/2026	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: #e0f2f1;"><th style="padding: 5px;">Allergies - Repas spéciaux</th></tr> <tr><td style="padding: 5px; height: 150px;"></td></tr> </table>	Allergies - Repas spéciaux	
Scolarité 2025/2026										
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
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Parents

Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Parenté :	_____
Civilité :	_____
Nom :	_____
Prénom :	_____
Email :	_____
Profession :	_____
Téléphone : _____ Poste : _____	
Portable : _____	
Situation familiale : _____	

Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Parenté :	_____
Civilité :	_____
Nom :	_____
Prénom :	_____
Email :	_____
Profession :	_____
Téléphone : _____ Poste : _____	
Portable : _____	
Situation familiale : _____	

Autre	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Parenté :	_____
Civilité :	_____
Nom :	_____
Prénom :	_____
Email :	_____
Profession :	_____
Téléphone : _____ Poste : _____	
Portable : _____	

- Déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur, pris connaissance des tarifs
- Déclare avoir souscrit une assurance en responsabilité civile pour mon enfant

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 :