

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

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

- Sports vacances, ados club, éveil sportif
 - Accueil de loisirs, mini-camps

Fiche Enfant 2021/2022

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

Généralités famille

Régime	
Régime allocataire :	_____
Nom allocataire :	_____
N° Allocataire :	_____

Portail Famille

Pour accéder au Portail Famille, cochez la case

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

Scolarité 2021/2022
Classe : _____
Etabl. scolaire : _____
Instituteur : _____

Allergies - Repas spéciaux

Personnes interdites ou autorisées à récupérer l'enfant

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



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

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
Diphthérite				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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES 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 D'UNE 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
