

# FICHE SANITAIRE et autorisations parentales

Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche  
Service enfance jeunesse - Pôle Périers

Photo  
Obligatoire

## Inscription



Nouvelles Activités Périscolaires



Accueil de loisirs la cabane O mêmes *Mercredis/vacances*



**(4 pages Recto Verso)**

A compléter pour l'inscription à la cabane O mêmes :

- Régime CAF : N° CAF : .....
- Régime MSA : N° MSA : .....
- Nom de la caisse d'allocation : .....
- Autre régime : (préciser le nom et le N°) .....
- Accès au portail famille (cf flyer d'information)

**Documents à nous transmettre : Attestation d'assurance péri et extrascolaire (responsabilité civile), photocopie des vaccins.**



### I. L'enfant

NOM..... PRENOM.....  Fille  Garçon

Date de naissance..... Age.....

Ecole (commune)..... Classe.....



### II. Le(s) responsable(s) légal(aux)

Père  Mère  Tuteur légal  Famille d'accueil

NOM..... PRENOM.....

Adresse :

Tél Domicile :

Tél Portable :

Tél travail :

Adresse mail **lisible** :

Père  Mère  Tuteur légal  Famille d'accueil

NOM..... PRENOM.....

Adresse :

Tél Domicile :

Tél Portable :

Tél travail :

Adresse mail **lisible** :

- J'autorise  
 Je n'autorise pas } La structure à me transmettre des informations sur les évènements proposés par la Communauté de Communes.



### III. Renseignements médicaux et autorisations médicales.

Indiquez les vaccins à jour de votre enfant : (joindre une photocopie du carnet de santé ou remplir ci-dessous)

**Vaccins obligatoires enfant né avant 2018 :**

- Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP) : dernier vaccin le :

**Vaccins obligatoires enfant né après 2018 :**

- Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP) : dernier vaccin le :  
 Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B : dernier vaccin le :  
 Hépatite B : dernier vaccin le :  
 Rubéole-Oreillons-Rougeole : dernier vaccin le :  
 Coqueluche : dernier vaccin le :  
 Méningocoque de sérogroupe C : dernier vaccin le :  
 Infections invasives à pneumocoque : dernier vaccin le :

**Cochez les maladies que votre enfant a déjà eues :**

- |                                    |                                     |                                     |   |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rubéole   | <input type="checkbox"/> Angine     | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole               |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Otites     | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire |

**Votre enfant a-t-il ?**

- |                               |                              |                              |                   |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| De l'asthme                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui précisez : |
| Des allergies médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui précisez : |
| Des allergies alimentaires    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui précisez : |

Autre, précisez :

**Groupe sanguin :** .....

**Hémophile :**  Oui  Non

**Difficultés de santé et recommandations utiles :** (Maladie, accidents, crises, hospitalisations, port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, dentaires.....)

.....  
.....

**Autorisation de paracétamol :**

- J'autorise  
 Je n'autorise pas } L'équipe d'animation, avec l'accord de la directrice, à donner à mon enfant du paracétamol en fonction de son poids (Poids : ..... ) lorsqu'il atteint 38°5 de fièvre.

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Lieu d'hospitalisation souhaité : .....

- J'autorise
- Je n'autorise pas



Les responsables de la structure à contacter le service de médecine d'urgence qui pendra toutes les dispositions qu'il jugera nécessaires par l'état de mon enfant.



#### IV. Autorisations :

Je soussigné(e) le responsable égal, ..... de

l'enfant....., déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et :

- J'autorise
- Je n'autorise pas



Mon enfant à participer aux activités proposées par le service enfance jeunesse : **déplacements à pied, en bus, minibus et utilisation du véhicule du personnel de la Communauté de Communes possible.**  
Pour les sorties en bus un mot d'information vous sera remis.

- J'autorise
- Je n'autorise pas



Le responsable de l'Accueil Collectif de mineurs la Cabane O mêmes à avoir accès à mon quotient familial via la CAF ou MSA, afin de pouvoir prétendre aux tarifs en vigueur.

- J'autorise
- Je n'autorise pas



La Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche dont le siège social est situé 20 rue des Aubépines à La Haye (50250) à reproduire sur tout support et par tous procédés et à diffuser, sans contrepartie (notamment financière), la (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 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.

- J'autorise
- Je n'autorise pas



Les personnes ci-dessous désignées à venir chercher mon enfant lorsque je serai dans l'impossibilité de venir le chercher aux horaires prévus.

#### Personne désignée N°1 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse :

#### Personne désignée N°2 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse :

#### Personne désignée N°3 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse :

- J'autorise
  - Je n'autorise pas
- } Mon enfant à repartir seul à la maison après les NAP **et / ou** l'Accueil collectif de mineurs.
- 
- J'autorise
  - Je n'autorise pas
- } Mon enfant à prendre le car scolaire après les activités NAP pour le retour à la maison.
- 
- J'atteste avoir pris
- } Connaissance des règlements intérieurs des services NAP et La cabane O mômes et de l'organisation des activités

**Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) précédée de la mention « Lu et approuvé »**

**2023-2024 : Le :**

**à :**

**2024-2025 : Le :**

**à :**

**2025-2026 : Le :**

**à :**

